

ИНСТИТУТ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ
МЕЖДУНАРОДНОГО УНИВЕРСИТЕТА СЕМЬИ И РЕБЕНКА
ИМ. РАУЛЯ ВАЛЛЕНБЕРГА

А. Ю. ЕГОРОВ

ВОЗРАСТНАЯ НАРКОЛОГИЯ

*Учебное пособие для студентов высших и средних
педагогических, психологических и медицинских
учебных заведений*

Санкт-Петербург
Издательство «Дидактика Плюс»
Москва
Институт общегуманитарных исследований
2002

*Печатается по решению Ученого Совета
Института специальной педагогики и психологии
Международного университета семьи и ребенка
им. Рауля Валленберга*

Егоров А. Ю.

Возрастная наркология. - СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт
общегуманитарных исследований, 2002. — 272 с. (Серия: «Лечение
зависимостей»)

В учебном пособии д. м. н., профессора А. Ю. Егорова содержатся современные данные о причинах распространенности, механизмах возникновения зависимости от алкоголя и наркотических веществ. Автор описывает разные клинические формы химической зависимости, подробно останавливаясь на ее особенностях в молодом возрасте. Значительная часть книги посвящена вопросам коррекции и профилактики алкоголизма и наркоманий, особенно среди детей и подростков. Учебное пособие предназначено для психологов и педагогов, а также для студентов-медиков и врачей, изучающих наркологию и психиатрию.

Рецензент — д.м.м., проф. Д. Н. Исаев
(Институт социальной педагогики и психологии
Международного университета семьи и ребенка им. Р.
Валленберга)

ISBN 5-89239-033-0

© Институт специальной педагогики и психологии МУСиР им.
Р. Валленберга, 2002

© А. Ю.Егоров. 2002

© Издательство «Дидактика Плюс». 2002

© Институт общегуманитарных исследований, оформление
серии, 2002

ВВЕДЕНИЕ

Последнее десятилетие XX века ознаменовалось небывалым ростом наркоманий и алкоголизма, главным образом среди подрастающего поколения. Темпы роста наркомании особенно высоки в городах, хотя и в сельской местности эти негативные тенденции также имеют место. Как показывают последние социологические исследования от 18 до 22,2% молодежи регулярно употребляют наркотики или уже являются наркоманами, а доля молодежи, пробовавшей наркотик хотя бы один раз, приближается к 50% (Кесельман, Мацкевич, 2001: Шереги и др., 2001).

Еще одной тенденцией является неуклонное снижение возраста приобщения к наркотикам. За последние десять лет средний возраст первой «пробы» снизился на 6 и достиг 15,4 лет. В действительности знакомство с наркотиками нередко происходит и в 11-12-летнем возрасте. Следует отметить также стирание половых различий у подростков, употребляющих наркотики. Если десять лет назад девочки составляли от 10 до 15 % наркоманов (Личко, Битенский, 1991), то согласно последним данным разных авторов соотношение наркозависимых юношей и девушек находится в пределах 2-3: 1, за счет резкого вовлечения в наркопотребление последних. И, наконец, еще одной особенностью современной наркологической ситуации в России является изменение предпочтения психоактивных веществ за последние 10 лет. Среди наркоманий повсеместное распространение получила наиболее тяжелая форма — героиновая наркомания. В подростковой среде отмечается существенный рост т. н. «пивного» алкоголизма, когда объектом злоупотребления становятся слабые алкогольные напитки. Участились случаи сочетанного употребления алкоголя и различных наркотиков.

Следует отметить, что эффективность лечения наркологических заболеваний, к сожалению, остается на достаточно низком уровне. Особенно это касается лечения героиновой наркомании, где ремиссии продолжительностью в один год удастся достичь лишь в одном случае из десяти, а иногда и меньше. Медицинские и социальные последствия злоупотребления наркотиками и алкоголем катастрофичны. Поэтому в последние годы основной упор делается на недопущение распространения наркоманий в молодежной среде, на профилактику.

Древний принцип медицины: «предотвратить всегда легче, чем лечить», как нельзя лучше подходит к наркологии. Зарубежные и отечественные исследования показывают, что профилактика зависимости должна проводиться с детства; она должна быть непрерывной, дифференцированной в зависимости от возраста, правдивой и эффективной. Профилактика стремится выработать у молодого человека антинаркотические установки, базируясь не на страхе, а на формировании позитивных жизненных навыков, альтернативных наркопотреблению форм поведения. По существу, только продуктивная профилактика позволит предотвратить надвигающееся вырождение подрастающего поколения.

Современный подход требует привлечения к профилактической работе широкого круга специалистов: от врачей и психологов до воспитателей и учителей. Очевидно, что основным местом профилактической работы должны стать образовательные учреждения. В связи с этим необходимо углубленное обучение всех работников образовательной сферы по вопросам наркологии.

Настоящее учебное пособие было написано на основе курса «Основы наркологии», который автор начал читать студентам-психологам и педагогам в Институте специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка им. Р. Валленберга в 1999 году. Автор выражает искреннюю благодарность ректору Института проф. Л.М. Шипицыной, а также коллегам за ценные советы и возможность широкого обсуждения данной работы. Автор надеется, что предлагаемая книга будет полезна не только психологам и педагогам, но и всем, кто занимается профилактикой алкоголизма и наркоманий, в том числе студентам-медикам и врачам, специализирующимся по наркологии и психиатрии.

Глава I.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАВИСИМОСТИ

Наркология — это наука о медицинских последствиях злоупотребления веществами, вызывающими зависимость. В последние годы зависимость от этих веществ получила название химической. Термин *химическая зависимость* включает в себя все формы зависимости — алкоголизм, наркоманию и токсикоманию. Химическую зависимость могут вызвать алкоголь, наркотики, ненаркотические лекарственные препараты и другие токсические субстанции. Эти вещества получили название *психоактивных* (ПАВ).

Наркология выделилась как отдельная дисциплина из психиатрии в 60-70-х годах XX столетия. В развитии наркологии важное место занимают исследования в области фармакологии, нейрофизиологии, психологии внутренних болезней.

-История" употребления алкоголя и других ПАВ сопоставима по времени с историей человеческой цивилизации. В своей истории человечество от группового употребления ПАВ (в ритуальных целях, по поводу праздников) перешло к индивидуальному употреблению (с целью получения эйфории), что и явилось основной предпосылкой возникновения зависимости от них. Ушедший в историю XX век наряду с множеством характеристик, которые ему давались, может быть назван и веком повсеместного распространения наркомании, химической зависимости. Наша страна столкнулась с этой проблемой относительно поздно, по сравнению с развитыми странами. Причин тому довольно много: от закрытости советской системы с «железным занавесом» от всего, в том числе и от наркотиков, до традиционного предпочтения алкогольных напитков. Относительно массовый характер наркопотребления принимает лишь в 70-е годы. Вплоть до середины 80-х годов наличие проблемы всячески замалчивалось.

Эпоха перестройки и гласности сняла табу с обсуждения проблемы наркопотребления, но, с другой стороны, последовавший за ней социально-экономический кризис, ломка стереотипов, непродуманные публикации и ряд других причин способствовали росту химической зависимости, особенно в молодежной среде.

В наркологии принято выделять три группы факторов, которые в той или иной степени влияют на распространение химической зависимости в обществе. Это — социальные, психологические и медико-биологические факторы.

Социальные факторы

Наиболее широко алкоголизм распространен среди малообеспеченных слоев. Повышение благосостояния также способствует алкоголизации: урбанизация привела к большей доступности алкоголя и наркотиков. «Стиль жизни», мода на употребление алкоголя и наркотиков оказывают влияние как на уровень потребления, так и на предпочтение определенного наркотика. С другой стороны, социальные факторы могут быть и причиной ограничения употребления алкоголя и наркотиков.

Национальные особенности употребления алкоголя и наркотиков имеют важное значение. При северном типе алкоголизации (Россия, Скандинавия, Ирландия и т. д.) предпочитают водка и пиво, а при южном типе алкоголизации (Италия, Франция, Испания и т. д.) — вино. Недостаточность ряда ферментных систем у некоторых национальных групп может служить предпосылкой быстрого развития алкоголизма в случае начала его употребления (например, северные народы, американские индейцы и т. д.). Напротив, у некоторых народов использование наркотиков имеет давние традиции и не приводит к наркомании у значительной части населения (марихуана — у народов Средней Азии, кока — у индейцев Латинской Америки). Все это делает необходимым применение в наркологии культурнообоснованного подхода, т. е. учета национальных особенностей и предпочтений в алкоголизации и наркотизации. При этом определенная этническая принадлежность рассматривается как маркер риска, а не фактор риска в наркологии.

Существенную роль играет распространение информации о ПАВ и химической зависимости, которую получают дети и подро-

стки. Проведенные опросы выявили следующие источники информации: художественные и документальные фильмы, телепередачи, газетные и журнальные статьи, беседы со взрослыми (родителями, учителями, врачами), рассказы старших ребят и сверстников.

Разные источники оказывают на подростков неоднозначное влияние. Оказалось, что школьники 10-12 лет, например, под влиянием увиденных фильмов начинают играть в «наркоманов», а у подростков 13-17 лет складываются ложные представления о престижности наркомании. По данным опросов, интерес к проблеме может активизироваться после чтения сенсационных статей в печати. Часто профилактическая работа взрослых, не являющихся специалистами, строится на утрированных оценках, чрезмерном морализировании и запугивании и далеко не всегда эффективна. Параллельно идет другая «работа»: школьники обсуждают проблемы в своем кругу, где есть «знатоки». Расхождение сведений, распространяемых взрослыми и подростками, усиливает интерес ребят к проблеме. Несмотря на обилие источников информации и разнообразие содержащихся в них сведений, школьники не умеют отличать достоверные факты от вымышленных (Предупреждение подростковой..., 2000).

Ближайшее окружение часто оказывает наиболее сильное влияние на алкоголизацию, и наркотизацию. Среди ближайшего окружения следует особенно выделить роль семьи. Половица детей до 10 лет и 90% до 15 лет впервые алкоголизировалась под влиянием ближайших родственников, друзей, знакомых (Шабанов, 1999). Родители-алкоголики или наркоманы — это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей.

Неполная семья, безотцовщина неоднократно упоминались многими авторами и за рубежом, и в нашей стране как обстоятельство, способствующее как делинквентности, так и злоупотреблению ПАВ. Однако немалая часть подростков, обнаруживших склонность и к тому, и к другому, выросли в полных, внешне вполне благополучных семьях. В то же время около 20-25 % вполне социально адаптированных подростков, не склонных ни к делинквентности, ни к злоупотреблению ПАВ, воспитываются в нашей стране в неполных семьях (Цит. по Личко, Битенский, 1991). Видимо, дело не просто в неполной семье, а в том, что в ней труднее осуществить правильное воспитание.

Не меньшей, а, может быть, большее значение имеют семьи «деформированные» (т. е. с отчимом или мачехой) или распадающиеся, когда родители нее время находятся на грани развода. Постоянные конфликты в семье неминуемо приводят к противоречивому воспитанию, когда каждый из старших в семье «гнет свою линию» в отношении воспитания ребенка и подростка.

Наиболее важным фактором считаются асоциальные семьи с пьянством, криминалами родителей и жестоким отношением внутри семьи друг к другу (Битенский и др., 1989). С этими семьями связаны безнадзорность и жестокое отношение к детям. Подростки становятся «уличными», группируются с такими же в своем микрорайоне. Дурмящие вещества служат главным способом развлечений в подобных группах.

Меньшее значение имеет гиперпротекция в воспитании, когда подростка с детства чрезмерно опекали и контролировали, следили за каждым шагом и все за него решали, подавляли малейшую самостоятельность (доминирующая гиперпротекция) или безмерно баловали, спешили удовлетворить малейшее желание, без удержу восхищались и действительными способностями, и мнимыми талантами, избавляли от малейших трудностей, от необходимости самим чего-либо добиваться (потворствующая гиперпротекция).

Толчком к началу употребления ПАВ может быть также эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери. Подросток чувствует, что родителям не до него, что у них своя, интересная для: них, жизнь, что они тяготеют обузой родительского долга. Подростку в семье не хватает эмоционального тепла, искренней любви, понимания, сопереживания. Особенно тяжелым ударом такое отношение со стороны близких становится для подростка эмоционально-лабильного типа. Эмоциональное отвержение нарушает социализацию в семье, что приводит к искажению образа своего «Я», заниженной самооценке, нарушению мотивационной сферы и к злоупотреблению ПАВ как к одной из форм психологической защиты.

Врачи как социальный фактор могут оказывать как положительное (лечение больных с зависимостью, профилактика и ранняя диагностика зависимости), так и отрицательное влияние на наркотизацию (неправильная выписка лекарственных средств, которые могут вызвать зависимость).

Массовая культура, как правило, способствует наркотизации. Например, движение хиппи способствовало массовому употреблению марихуаны среди молодежи.

Психологические факторы

Психологические факторы риска возникновения зависимости — это совокупность мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков. Они определяют индивидуальный процесс приобщения к ПАВ. К ним относятся трудности приспособления к окружающей среде, конфликт с окружением, неудовлетворенность, непонятость, утомление, робость, осознание своей неполноценности. Иными словами — фрустрация, состояние психического дискомфорта.

Среди подростков алкоголизация и наркотизация! часто происходит «по подражанию» взрослым, сверстникам. Существенное значение в качестве факторов риска имеют подростковые поведенческие реакции: эмансипации, группирования со сверстниками, увлечениями (хобби), имитаций и с формирующимся сексуальным влечением.*

Важным психологическим фактором, способствующим наркотизации, является одно из ценнейших качеств личности — любопытство. Любопытство — это психическое состояние, которое возникает в результате необходимости ориентировки в окружающей обстановке. У детей любопытство проявляется сильнее, чем у взрослых.

Одним из первых авторов, предложивших методику измерения потребности в поиске впечатлений, побуждающих человека к тому или иному виду деятельности, был американский психолог М. Цукерман (Цукерман, Мастеров, 1995). В 1979 году он описал общий паттерн поведения, связанный с высокой склонностью к поиску впечатлений, и определил ее как потребность в различных новых впечатлениях и переживаниях, а также в стремлении к физическому и социальному риску ради этих впечатлений. Для измерения отдельных структурных компонентов этой потребности им был предложен тест, который содержит

* О поведенческих реакциях подросткового возраста и их роли в формировании химической зависимости подробно будет говориться в главе X.

шкалы: а) *поиск физического риска*. Это интерес к спорту и другим видам деятельности, связанным с физической опасностью; в) *поиск нового опыта*, в том числе достигаемого через употребление наркотиков, бродяжничество и т. п.; в) *несоответствие поведения социальным нормам* — употребление алкоголя, игра на деньги и т. п.; г) *чувствительность к скуке, стремление к новостям, знакомствам с новыми людьми, неприятие рутины, скучных занятий*.

Исследованиями ряда авторов установлено, что подростки с высокими показателями теста М. Цукермана стремились к экспериментированию с наркотическими веществами с целью повысить уровень возбуждения и получить разнообразные ощущения, которые в момент совершения рискованного поступка ассоциируются ими с чувством нарастающего напряжения, в последний момент сменяющегося разрядкой.

Ряд отечественных исследователей считают, что во многих случаях отклоняющееся поведение подростков, приводящее к злоупотреблению ПАВ, обусловлено действием механизма поиска впечатлений на фоне неразвитости у них сферы потребностей, искажением процесса социализации, а также особенностями эмоциональной сферы: низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью (Цит. по Предупреждение подростковой ..., 2000).

Медико-биологические факторы

Роль наследственной предрасположенности к химической зависимости в настоящее время не вызывает сомнений. Вероятность возникновения алкоголизма у детей алкоголиков по разным данным от 7 до 15 раз выше, чем в общей популяции (Цит. по Альтшулер, 1999). Вместе с тем одних наблюдений за этими фактами недостаточно, так как с равными основаниями ответственность за возникновение алкоголизма можно возложить и на средовой фактор — воспитание в атмосфере пьянства. I

Окончательный ответ на вопрос о наследственной природе алкоголизма дали исследования, где прослеживалась судьба детей, родившихся от больных алкоголизмом, но усыновленных и воспитывавшихся в нормальных семьях, в одинаковых условиях с неродными братьями и сестрами. Оказалось, что у лиц из алко-

гольных семей риск развития алкоголизма в 25 раз выше, чем у их неродных братьев. В других исследованиях изучали судьбу двух групп близнецов из алкогольных семей — однайцевых и двауяцевых. Оказалось, что если один из однайцевых близнецов болен алкоголизмом, то другой имеет в 2-2,5 раза более высокий риск развития алкоголизма, чем бывает у двауяцевых близнецов (Goodwin, 1988). Таким образом, влияние генетического фактора можно считать доказанными у

В отношении генетики наркоманий таких убедительных данных, как в случае с алкоголизмом, не получено. Тем не менее существуют наблюдения о наличии у больных наркоманиями наследственной отягощенности алкоголизмом и наркоманиями, особенно по мужской линии. В связи с этим сформировалось мнение, что у детей от больных алкоголизмом и наркоманиями родителей существенно повышен риск развития этих заболеваний (Иванец и др., 1997). Среди детей больных наркоманиями также существенно выше процент тех, кто имеет те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенную возбудимость, агрессивность, склонность к депрессивным реакциям, что, в свою очередь, создает благоприятную почву для развития химической зависимости у, такого ребенка в будущем. Известно также, что употребление наркотиков женщиной во время беременности может стать причиной рождения ребенка со сформированной наркотической зависимостью.

Существуют и другие медицинские факторы риска при возникновении алкоголизма — наличие нервных и психических заболеваний, при которых имеются органическая неполноценность мозга (например, последствия черепно-мозговой травмы, эпилепсия) или расстройства личности (например, психопатии). Эти факторы влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки как в интеллектуальной сфере, так и эмоциональной. В результате такие пациенты будут искать средство, помогающее им справиться с такими нагрузками. И такими средствами зачастую становятся ПАВ.

Существуют теории приобщения к наркотикам у подростков, каждая из которых правильно отражает те или иные факторы, способствующие развитию зависимости. Согласно *теории проблемного поведения*, неуважение к власти и нравственным устоям

приводит к употреблению наркотиков. *Теория стадий* рассматривает этапность приобщения к наркотикам: сперва употребляются слабые наркотики — сигареты и алкоголь, затем более сильные — стимуляторы, опиаты, кокаин. В соответствии с *теорией группы сверстников* потребление ПАВ у подростков начинается в своей компании, чтобы «не быть хуже других».

Эпидемиология алкоголизма и наркоманий

Данные о распространении алкоголизма и наркоманий поступают из разных источников, и их получают с помощью разных методических подходов. В России нет единого официального центра по учету показателей, характеризующего наркоситуацию в стране. Нет такого центра и за рубежом. Более того, отсутствует и единая согласованная международная система показателей и методик их получения. Поэтому информация о наркоситуации как в мире, так и конкретно в России не является полной. Тем не менее откуда берутся эпидемиологические данные?

Для их получения существует несколько подходов: 1) число состоящих на учете в наркодиспансере, а также впервые обратившихся за медицинской помощью (всегда много ниже, чем в действительности); 2) в правоохранительных органах ведется учет лиц, совершивших правонарушения, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо связанные с оборотом наркотических веществ; 3) социологические опросы населения, позволяющие сделать экспертные оценки на основе репрезентативной выборки (эти показатели в последнее время приобретают все большее значение); 4) косвенным показателем распространенности алкоголизма является количество абсолютного алкоголя, приходящегося в год на душу населения; 5) заболеваемость алкогольными психозами также отражает распространенность алкоголизма.

В мире 10% мужского населения и 3-5% женского злоупотребляют алкоголем. По данным ВОЗ (1997) в мире насчитывается 120 млн. больных алкоголизмом. На одного алкоголика приходится 4 -5 злоупотребляющих. Алкогольная ситуация в разных странах различна. Так, в США алкоголизмом страдает 10% мужчин и 3,5 % женщин. В европейском регионе к странам с наиболее высоким уровнем потребления относятся Россия, Латвия, Эс-

тония, Финляндия, Ирландия, Польша, Литва. В этих странах отмечается и самый высокий уровень заболеваемости алкогольными психозами. К странам с низким уровнем потребления относятся Израиль, Армения, Грузия, Норвегия.

За период с 1985 по 1995 год в России число зарегистрированных наркоманов возросло в 5 раз. В последующие годы, вплоть до 1999-го, количество регистрируемых с диагнозом «наркомания» ежегодно увеличивалось в полтора-два раза. Только в первой половине 1999 года за медицинской помощью обратилось более 400 тыс. человек. Согласно экспертным заключениям, число лиц, обратившихся за медицинской помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманиями как 1 : 10 (Наркомания..., 2000). Ряд экспертов утверждает что это соотношение еще больше — 1 : 30 (Егоров и др., 1998).

Анализируя комплекс показателей, эксперты приходят к выводу, что на начало 1999 года в России было свыше 2,5 млн. наркоманов «со стажем». Это один из самых высоких показателей в Европе. Число потребителей наркотиков, принимающих их периодически и еще не имеющих наркотической зависимости, насчитывается 4.5 млн. человек (Наркомания..., 2000).

Таким образом, можно сказать, что на начало 2000 года в России было как минимум 7-7,5 млн. наркоманов, т. е. около 6% от всей численности 146-миллионного населения. География распространения наркомании по стране неоднородна. Имеется 25 регионов повышенной наркотической опасности. Самый высокий уровень заболевания наркоманиями в 1997 году отмечен в Томской области (283,8 на 100 000 человек), республике Тува (276,7), Алтайском крае (211,3) и Тюменской области (199,3). К регионам с высоким уровнем наркопотребления относятся Самарская область, Калининградская область, Москва, Санкт-Петербург, Владивосток, Оренбург, республики Северная Осетия и Адыгея, Ульяновская область и др.

За последнее десятилетие все специалисты, связанные с проблемами молодежи и подростков, отмечают рост наркомании и токсикомании в этой возрастной группе. Среди подростков России начиная с 1991 года число впервые взятых на учет с диагнозом «наркомания» увеличилось в 12,6 раза, и если в 1991 году показатель составлял 4,9 на 100 тыс. подросткового населения, то в 1997 году — 67,5. Удельный вес подростков, впервые взятых на

учет, увеличился и составил 10,7% от общего числа заболевших (1991 год - 5,2%).

Число подростков, состоящих под диспансерным наблюдением ил конец отчетного 1997 года с диагнозом «наркомания», составило 89,7 на 100 тысяч подросткового населения, что в 12,5 раз превысило уровень 1991 года (7,2 на 100 тысяч подросткового населения). Разброс показателя болезненности наркоманиями среди подростков очень высок — от 1,3 на 100 тысяч подростков (Кировская область) до 415.2 (Томская область), причем средний показатель (89,7) превышен в 15 территориях. Следует обратить внимание на то, что самый высокий показатель болезненности наркоманиями отмечен в Западно-Сибирском районе (278,3), во всех территориях которого число состоящих под диспансерным наблюдением подростков на конец отчетного года значительно превышало средний республиканский уровень (Егоров и др., 1998).

Аналогичные процессы наблюдаются и в других странах мира. Приведем некоторые показатели по США за последние

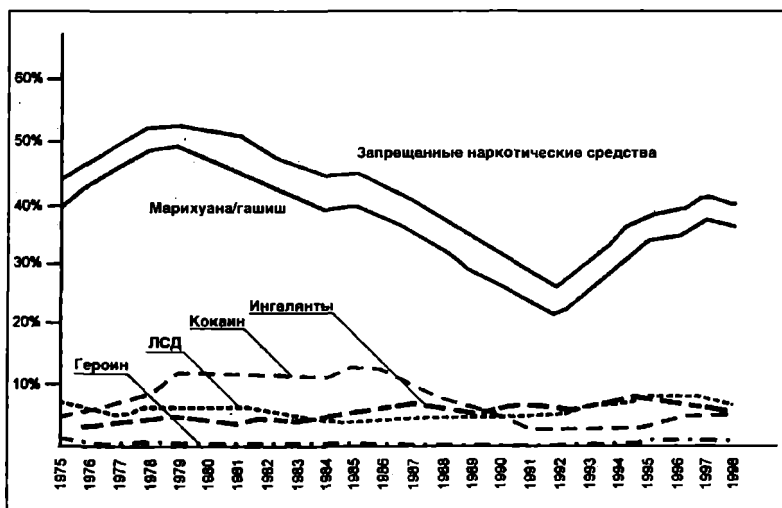


Рис. 1.1. Тенденции употребления наркотических веществ старшеклассниками в США (Mathias, 1999)

годы (Preliminary results..., 1998). По данным Департамента здравоохранения Конгресса США, согласно опросу 24505 американцев, в 1997 году 13,9 миллионов жителей США систематически употребляли запрещенные средства (в 1996 году — 13 миллионов). В то же время наблюдается общая тенденция к снижению потребления наркотических средств, поскольку максимальный уровень их потребления зарегистрирован в 1979 году, когда 25 миллионов американцев употребляли запрещенные средства. Марихуану употребляют 9,4% молодежи в возрасте 12-17 лет, кокаин — 0,7%, героин — 0,2% всей молодежи (Рис. 1.1).

«Мониторинг будущего» — данные Национального института по профилактике злоупотреблений лекарственными средствами (National Institution for Drug Abuse, NIDA) и Национального исследования злоупотребления наркотическими веществами (National Household Survey on Drug Abuse, NHSDA) 1979-1992 гг. — показал, что в США в результате проводимых медицинских и социальных мероприятий намечился существенный спад наркотизации (Табл. 1.1).

По данным тех же программ NIDA и NHSDA, имеются различия в употреблении наркотических веществ у подростков (Цит. по Фридман и др., 1998):

Половые различия. Все запрещенные наркотики употребляли и/или употребляют 12,5 %, девушек и 11,0 % юношей. У юношей: более высокий уровень употребления марихуаны, табака, фенциклидинов, стероидов, героина, а также инъекционного введения наркотиков. У девушек: более высокий уровень употребления кокаина, крэка, летучих ингалянтов, стимуляторов, транквилизаторов и анальгетиков.

По социально-экономическому статусу. Уровень потребления психоактивных веществ выше у подростков, имеющих низкий социально-экономический статус. Тем не менее студенты колледжей и неучащиеся имеют примерно одинаковый уровень употребления.

Осознание вреда, наносимого употреблением наркотиков. Меньше половины учеников младших классов понимают, что курение пачки сигарет в день опасно для здоровья. Выпускники школ хуже, чем младшие школьники, осознают вред, наносимый организму наркотиками, за исключением сигарет. Более 1/3 выпускников не знали, что алкоголь обладает токсическим действием.

Табл. 1.1. Тенденции в употреблении алкоголя и наркотиков у подростков. (По данным исследования NIDA и NHSDA, США)

Тип наркотика	Степень распространённости	NIDA (1979-1992) (выпускники средней школы)	NHSDA (1979-1991) ученики 7-12 классов (возраст 12-17 лет)
Все запрещенные	В течение жизни	65,1 %→ 40,7	34,3%→ 20,1 %
	Ежегодно	54,2%→ 27,1%	26,0%→14,8%
	Ежемесячно	38,9%→ 14,4. %	17,6%→ 6,8. %
Алкоголь	В течение жизни	93,2 % → 88,0	170,3%→ 46,4%
	Ежегодно	88,1 % → 76,8%	53,6% → 40,3%
	Ежемесячно	70,0 %→ 51,0	39,9 %→ 28,2 %
	Ежедневно	6,9 %→ 3,4 %	
Сигареты	В течение жизни	75,0 % → 62,0 %	49,5 % → 37,9 %
	Ежегодно		24,8 %→ 20,1 %
	Ежемесячно	39,0 % → 28,0 %	14,7% → 10,8 %
	Ежедневно	29,0 %→ 17,0 %	
Маришуана	В течение жизни	60,4 % → 32,6 %	30,9 %→ 13,0 %
	Ежегодно	50,8 %→ 21,9 %	24,1 % → 10,1 %
	Ежемесячно	36,5% → 11,9%	16,7%→ 4,3%
	Ежедневно	10,7 % → 2,0 %	
Кокаин	В течение жизни	18,2 % → 6,1 %	5,8% → 2,4%
	Ежегодно	11,7%→ 2,9%	3,7 %→ 1,3 %
	Ежемесячно	5,4 %→1,2 %	1,3% ->0,5%
	Ежедневно	0,3%→ 0,1 %	
Транквилизаторы	В течение жизни	17,0%→ 6,0%	9,8 %→ 7,0 %
	Ежегодно	10,6 % → 2,8%	4,9%→2,1%
	Ежемесячно	4,1 % → 1,0%	3,3 % →1,3 %
	Ежедневно	0,1 % → 0,1 %	0,9 %→ 0,4 %

Итак, на фоне продолжающегося стремительного роста химической зависимости общество сталкивается с глобальной проблемой вырождения подрастающего поколения. Исходя только из статистических данных, становится очевидным, что уже нынешнее поколение подростков не будет способно воспроизвести здоровое потомство. Следующее малочисленное и менее здоровое поколение воспроизведет еще меньше, и вдобавок потенциально больных в своей массе, детей. Такие процессы называются деградацией и дегенерацией. Поэтому одной из важнейших задач для нашей страны является необходимость борьбы с пришедшей бедой. Мы считаем, что принципиально в этой борьбе можно одержать победу, если будут задействованы знания, опыт и воля широкого круга специалистов, экономический, юридический и интеллектуальный потенциал всей страны.

Литература

1. Егоров В. Ф., Зайченко Н. М., Кошкина Е. А. и др. Наркологическая помощь населению Российской Федерации. — М.: НИИ наркологии МЗ России, 1998. - 126 с.
2. Кесельман Л. Е., Мацкевич М. Г. Социальное пространство наркотизма. — СПб.: Медицинская пресса, 2001. — 272 с.
3. Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. - 448 с.
4. Наркомания: Метод, рекомендации по преодолению наркозависимости / Под. ред. А. Н. Гаранского. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. - 384 с.
5. Наркология / Ред. Л. С. Фридман и др. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.
6. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
7. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб: Лань, 2000. — 368 с.
8. Школа без наркотиков: Книга для педагогов и родителей. 2-е изд., изм. и доп. / Под. ред. Л. М. Шипицыной и Е. И. Казаковой. — СПб.: Детство-пресс, 2001. — 176 с.

Глава II.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

Понимание того, почему люди употребляют алкоголь и наркотики и почему вследствие этого может развиваться заболевание, во многом зависит от состояния нейробиологических исследований. Нейробиологические исследования включают в себя изучение биологических и поведенческих реакций на введение алкоголя и наркотиков. Именно с помощью этих исследований современная наука помогает нам представить, как происходит формирование химической зависимости. Понимание этих механизмов (*патогенеза* заболевания) поможет выработать адекватные подходы как к лечению, так и к профилактике алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

Когда мы говорим о патогенезе химической зависимости, надо понимать, что влияние алкоголя и наркотиков можно разделить на три группы. Первая группа — влияние на определенные структуры мозга, т. е. то влияние, что непосредственно вызывает возникновение синдрома зависимости. Это — стержень заболевания. Вторая — алкоголь и наркотики. Они оказывают массу токсических эффектов практически на все органы и системы (печень, сердце, сосуды и т. д.). Эти изменения могут быть не связаны с синдромом зависимости. И, наконец, третья группа — это влияние на потомство. Доказано, что у детей, рожденных от родителей-алкоголиков или наркоманов, существенно повышен риск заболевания алкоголизмом и наркоманией, у большинства из них выявляются серьезные отклонения в поведении: агрессивность, повышенная возбудимость, депрессии и т. д. Кроме того, потребление алкоголя во время беременности ведет к развитию алкогольного синдрома плода с умственным и физическим недо-

развитием (см. Главу IV), а потребление наркотиков — к рождению ребенка с синдромом зависимости (Рис. 2.1).

В настоящей главе мы подробнее остановимся именно на механизмах формирования синдрома зависимости. Для этого придется совершить краткий экскурс в нейрофизиологию и нейрофармакологию.

Понятие о рецепторе и нейромедиаторных системах мозга

Нервные клетки в мозгу связаны между собой посредством синапсов, которые состоят из пресинаптического звена, синаптической щели и постсинаптического звена. Передача нервного импульса осуществляется за счет специфического вещества, которое вырабатывается в пресинаптическом звене и получило название нейромедиатора. Медиатор должен выделяться в синаптическую щель и провзаимодействовать со специфическим белком,

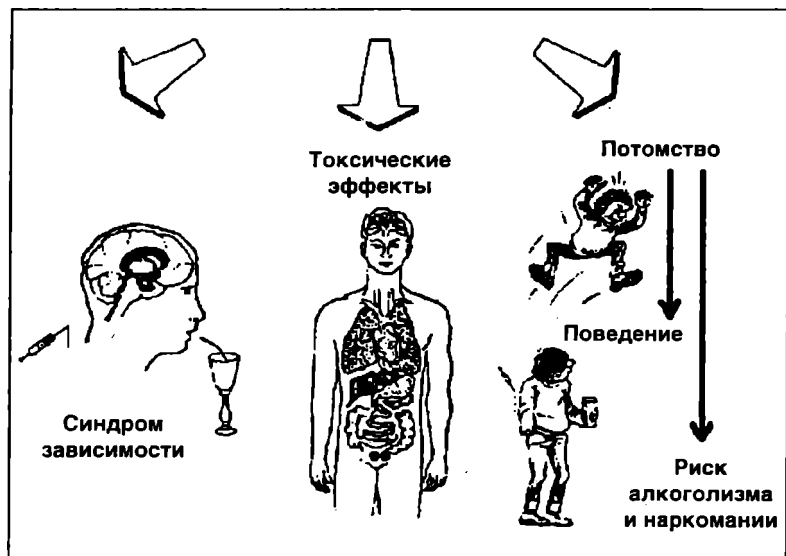


Рис. 2.1. Три пути влияния алкоголя и наркотиков (По И. П. Анохиной, 2000)

находящимся на мембране постсинаптического звена. Эти белки, которые получили название рецепторов, имеют сложную структуру с участками узнавания и связывания нейромедиатора, взаимодействуют с определенными ферментами и каналами — структурами, формирующими функциональные поры в мембране, через которые специфические ионы (Na, K, Cl) могут проникать в клетку или выходить из нее. Изменение ионного состава клетки обеспечивает дальнейшее прохождение нервного импульса. В ЦНС в разных клетках вырабатываются различные медиа-

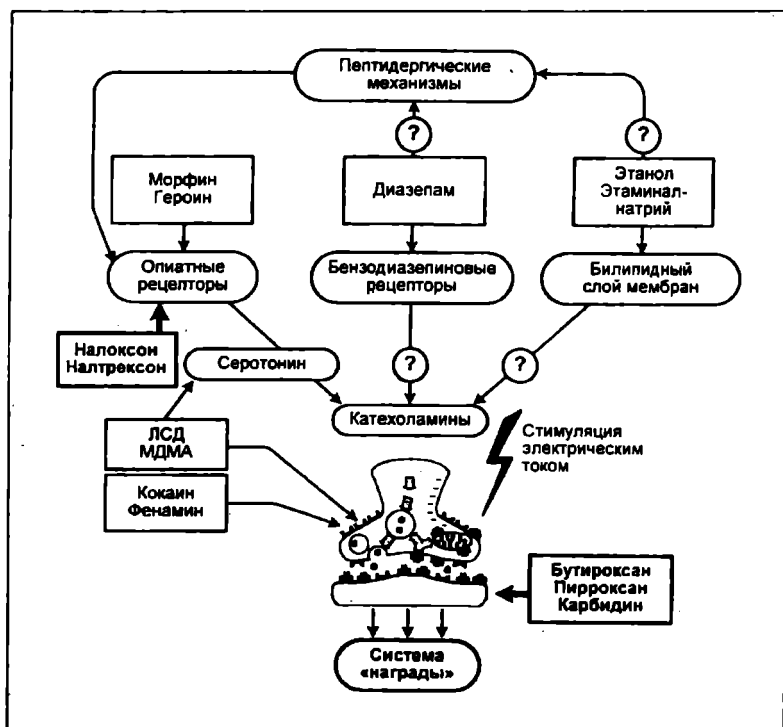


Рис 2.2. Взаимодействие веществ с аддиктивным потенциалом и их антагонистов (Шабанов, 1999). Жирным шрифтом выделены вещества, тормозящие активность системы. Знаки вопроса — не изученные на данный момент механизмы действия.

торы — дофамин, норадреналин, названные катехоламинами, а также серотонин, ацетилхолин, гаммааминомасляная кислота (ГАМК), глицин, гистамин и др. Ко всем этим медиаторам имеется большое количество специфических рецепторов, взаимодействие с которыми вызывает два процесса в ЦНС — возбуждение и торможение. Совокупность клеточных образований, в синапсах которых действует определенный нейромедиатор, получило название нейромедиаторных систем (например, дофаминергическая, ГАМК-ергическая и т. д.). Нейромедиаторные системы мозга связаны друг с другом. Усиление выработки медиатора в одной из них может вызвать как усиление, так и торможение выработки медиатора в другой. В свою очередь, изменение выработки медиатора в последней системе может повлечь изменения в следующих системах и т. д. Такой процесс получил название каскадной реакции.

Фармакологические вещества (алкоголь и наркотики в том числе) влияют на мозг, либо непосредственно взаимодействуя с рецепторами, либо вызывая изменения выработки тех или иных медиаторов. Так, показано, что этанол усиливает активность ГАМК-ергической системы. ГАМК является главным тормозным медиатором в ЦНС. ГАМК рецептор — это сложный белок, имеющий участки узнавания непосредственно для ГАМК, а также для барбитуратов (снотворных) и бензодиазепинов (транквилизаторов), которые воспроизводят многие эффекты этанола (Рис. 2.2).

Кроме того, как показали дальнейшие исследования, этанол и продукты его распада действуют еще на один тип рецепторов, получивших название опиоидных (см. ниже). Воздействие этанола вызывает каскадную реакцию с вовлечением катехоламинергической системы. Именно активация выработки катехоламинов, а из них главным образом дофамина, способствуют активации т. н. «системы награды», которая обеспечивает эйфоризирующий эффект и ответственна за выработку привыкания и пристрастия к действующему веществу. Экспериментальные исследования показали, что введение адrenoблокаторов (веществ, снижающих выработку катехоламинов) прекращает самостимуляцию (Рис. 2.2).

Воздействие других веществ, вызывающих зависимость, также приводит к изменениям в нейромедиаторных системах мозга,

однако во всех случаях вызываемая ими каскадная реакция приводит к активации все той же «системы награды».

Подкрепляющие свойства этанола и наркотиков

Важным аспектом исследования последствий употребления алкоголя и наркотиков являются поведенческие исследования, поскольку по ним можно судить, насколько сформировалась зависимость. Для понимания действия алкоголя и наркотиков на мозг и стремления повторно употреблять эти вещества было введено понятие подкрепляющего свойства. Подкрепление может быть либо положительным, если поведение индивида направлено на получение удовольствия («награды»), либо отрицательным, если поведение направлено на избегание отрицательных ощущений.

Эксперименты по самовведению различных веществ, вызывающих пристрастие, позволили создать модели самоподкрепления. В модели самоподкрепления экспериментальное животное само вводит в организм наркотическое вещество, зачастую предпочитая его пище. С помощью такой модели можно проверить аддитивный потенциал любого химически активного вещества.

Наркомания всегда затрагивает эмоционально-аффективную сферу жизнедеятельности: наркотик воздействует на эмоционально-позитивные центры головного мозга. Эмоциональные сдвиги формируют рефлекс цели, заключающийся в поиске очередного эмоционально-позитивного подкрепления. С каждым новым подкреплением создающаяся в мозге функциональная система становится все более устойчивой, приводя к возникновению устойчивого патологического состояния.

Остановимся на кратком описании анатомического и нейрофизиологического субстрата эмоций. Важнейший центр регуляции эмоций — гипоталамус. Функции гипоталамуса контролируются передним мозгом (корой). Эмоциональные реакции проявляются, когда сохранены связи между гипоталамусом и нижележащими структурами мозга (средний мозг), которые обеспечивают координацию двигательных компонентов эмоциональной реакции. Центры головного мозга, отвечающие за эмоциональное поведение, получили название лимбической системы. Выделены центры положительных эмоций (старт-зоны) и отрицательных

(стоп-зоны). У человека старт-зоны находятся в некоторых ядрах миндалины, перегородки, структурах среднего мозга, срединном центре таламуса, бледном шаре. Стоп-зоны располагаются в переднем и заднем гипоталамусе, субталамусе, ретикулярном ядре таламуса и др.

Эндогенная опиоидная система

Новая нейромедиаторная система мозга, получившая название эндогенной опиоидной, была открыта Перт и Шнайдером в 1972 году. В этой системе медиаторами выступают эндогенные пептиды — эндорфины и энкефалины, к которым есть специфические рецепторы. Эндогенные опиоиды по своему действию оказывают те же эффекты, что и экзогенные опиаты (опий, морфин, героин), — вызывают эйфорию, что обеспечивает механизмы подкрепления, а также обладают анальгезирующим эффектом. Опиоидная система регулирует соблюдение баланса между системами наказания и удовольствия. Периоды приподнятого настроения у человека связаны с повышением продукции эндогенных опиоидов, а периоды сниженного — с понижением продукции или повышенной дезактивацией. Прием наркотиков в депрессии связан с тем, что относительная нехватка эндогенных опиоидов восполняется экзогенным агонистом (наркотики, алкоголь и т.д.), в сотни и тысячи раз превышающим объем естественной продукции. Система гомеостаза реагирует на эйфорию фиксацией следа памяти на это состояние. По закону обратной связи длительное присутствие экзогенных опиоидов (наркотиков) вызывает резкое снижение синтеза собственных эндогенных опиоидов и усиление их дезактивации в организме. Повторное введение наркотика постепенно формирует устойчивое патологическое состояние зависимости.

Состояние острой отмены наркотика или алкоголя (абстиненция) характеризуется снижением продукции эндогенных опиоидов. Опиатные рецепторы остаются не оккупированными медиаторами. Абстиненция — это, по-существу, крик стоп-зоны. Старт-зоны переходят под контроль исключительно экзогенных опиатов, начинают адаптироваться к их воздействию и стремятся возобновить свою функцию на новом уровне регуляции. При этом увеличивается число опиатных рецепторов. Для того, чтобы их

окупировать, требуется нес больше и больше опиатов. Система становится устойчивой к ним. В этом случае говорят о росте *толерантности* к экзогенному воздействию. Аналогичным образом происходят изменения и в стоп-зонах. Функциональные изменения становятся органическими.

Кроме того, каждый раз при употреблении алкоголя и наркотиков происходит выброс дофамина и его избыточное разрушение, которое компенсируется в какой-то степени усиленным синтезом. Возникает т. н. ускоренный кругооборот медиатора — усиленный синтез — усиленный распад. При прекращении приема психоактивного вещества усиленного высвобождения медиатора не происходит, а усиленный синтез сохраняется вследствие перестройки ферментных систем. В результате в мозге и крови накапливается дофамин. Повышение уровня дофамина в значительной мере обуславливает клинические признаки абстинентного синдрома — беспокойство, бессонница, возбуждение, вегетативные расстройства, подъем артериального давления.

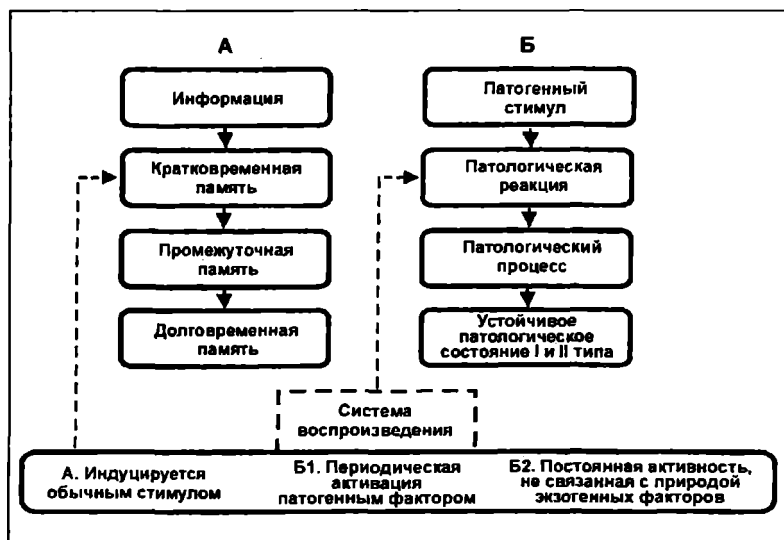


Рис. 2.3. Связь между типами патологических явлений и этапами формирования долговременной памяти (Шабанов, 1999)

При длительном воздействии наркотика образуются новые нейрональные цепи и связи, которые извращают медиаторные механизмы и приводят к формированию патологических функциональных систем. Возникновение таких патологических функциональных систем в вегетативных центрах ЦНС, регулирующих деятельность внутренних органов и систем организма, является причиной многих соматовегетативных нарушений при наркоманиях и алкоголизме.

Отмечаются изменения и в эндокринной системе. Происходит снижение половой функции из-за действия наркотиков на гипоталамо-гипофизарную систему (затрудняется выработка рилизинг-факторов для половых желез). То же самое происходит с гормоном роста и пролактином.

Итак, этапность формирования химической зависимости имеет много общих черт. Общее патогенетическое звено любой зависимости связано с влиянием психоактивного вещества на катехоламинавую в частности на дофаминовую, передачу в области системы награды. Каждая наркомания начинается со стимуляции позитивно-эмоциональных реакций, за счет чего возникает привыкание и пристрастие. Параллельно развивается психическая зависимость, сопровождаемая ростом толерантности к наркотику и последующим появлением абстинентного синдрома. Завершает цикл патологических изменений в организме физическая зависимость от наркотика и органические изменения органов и тканей.

Устойчивое патологическое состояние как основа поддержания состояния наркотической зависимости

Природа наркотической зависимости может быть объяснена с позиций теории об устойчивом патологическом состоянии, важным элементом которой является представление о матрице долговременной памяти, обуславливающей стабильность этого состояния. Н. П. Бехтерева (1988) указывала, что стабильность как устойчивого патологического состояния, так и устойчивого состояния здоровья связана с формированием соответствующей матрицы в долговременной памяти. В таком случае, должны различаться механизмы формирования физиологической и патологической энграммы памяти. Соответственно свойства, условия формирования и особенности воспроизведения этих двух типов энграммы также должны различаться (Рис. 2.3).

Энграмма здорового мозга характеризуется пластичностью составляющих ее элементов, обратимостью распада реверберационной цепи, что обеспечивает динамичность ее воспроизведения и момент, определенный установкой, мотивациями, эмоциональным поведением. Включение энграммы производится обычным стимулом.

Патологическая энграмма характеризуется стабильностью реверберационной цепи. Процесс забывания нарушен. Существуют два типа патологического состояния мозга: 1) система воспроизведения находится в режиме периодического спонтанного включения; 2) работает в режиме постоянного включения. Формирование патологического состояния характеризуется следующим: индукция патогенным фактором → патологическая реакция (перестройка работы мозга на структурно-функциональном и биохимическом уровне) → формирование энграммы в той зоне мозга, нарушение функции которой является ведущей причиной заболевания, → генерализация влияния патологической энграммы на соседние и отдаленные системы мозга.

Возможные патогенетические механизмы коррекции алкогольной и наркотической зависимости могут быть разделены на специфические и неспецифические (Шабанов, 1999). Специфическое воздействие — это фармакологическая коррекция биохимических сдвигов, направленных на дестабилизацию энграммы патологического состояния, неспецифическое — это активация компенсаторных процессов. Трудность лечения химической зависимости связана с тем, что любое воздействие на устойчивое патологическое состояние приводит к активации его матрицы в долговременной памяти. Условно патогенетическое и симптоматическое лечение, предусматривающее снижение активности гиперактивных систем и их звеньев за счет фармакологической коррекции, эффективно лишь на короткий срок. Действительно эффективными способами коррекции устойчивого патологического состояния могут быть только методы, воздействующие на его матрицу в долговременной памяти.

Литература

1. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. - М.: Нолидж, 2000. С. 16-40.

2. Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. 2-е изд., изм. и доп. - Л.: Наука, 1988. - 223 с.
3. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психо-фармакологические и медико-правовые аспекты токсикомании. — М.: Медицина. 1988. - 288 с.
4. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
5. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
6. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб: Лань, 2000. — 368 с.

Глава III.

АЛКОГОЛИЗМ: КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА

В среднем около 95 % людей употребляет алкоголь на протяжении своей жизни (Шабанов. 1999). Эпидемиологические исследования, проведенные в нашей стране, показали, что алкогольные напитки употребляли или употребляют практически все мужчины (99,94%) и абсолютное большинство женщин (97,9%). Очевидно, что только небольшой процент их становится больными хроническим алкоголизмом.

Понятие пьянства и алкоголизма подразумевает неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее пагубное влияние на здоровье, труд, благосостояние и нравственные устои общества.

Психические расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, принято делить на группы в зависимости от длительности его приема: возникающие после однократных или эпизодических приемов и являющиеся результатом многократных его приемов на протяжении длительного времени, а также в зависимости от отсутствия или наличия психотических расстройств./

Группы алкогольных расстройств:

- 1) Острая алкогольная интоксикация (опьянение):
 - Простое алкогольное опьянение;
 - Измененные формы простого алкогольного опьянения (атипичное);
 - Патологическое опьянение.
- 2) Хронический алкоголизм;
- 3) Алкогольные психозы.

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), которая используется в России со второй половины 90-х годов, расстройства, связанные с употреблением алкоголя, выде-

лены в раздел «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (F 1). В этот раздел включены разнообразные расстройства, тяжесть которых варьируется от неосложненного опьянения и употребления с вредными последствиями до выраженных психических расстройств и слабоумия. Эти расстройства могут быть объяснены употреблением одного или нескольких психоактивных веществ (ПАВ). Вещество указывается первыми двумя цифрами после буквы F. Так, рубрику F 10 составляют психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (МКБ-10, 1994).

Бытовое пьянство

Хроническому алкоголизму всегда предшествует этап бытового пьянства, который может быть достаточно протяженным во времени. По МКБ-10 бытовое пьянство диагностируется как «употребление алкоголя с вредными последствиями» (F 10.1). Э. Е. Бехтель (1986) предложил классификацию бытового пьянства, где непосредственно к «пьянству» могут быть отнесены лишь два последних варианта (Табл. 3.1):

Табл. 3.1. Классификация бытового пьянства (Бехтель, 1986)

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
1. Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2-3 раза в год), что этим можно пренебречь
2. Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50-150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
3. Умеренно пьющие	Лица, употребляющие по 100-150 мл водки (максимально до 400 мл) 1-4 раза в месяц
4. Систематически пьющие	Лица, употребляющие 200-300 мл водки (до 500 мл) 1-2 раза в неделю
5. Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл водки и более 2-3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

Абстиненты — это лица, которые воздерживаются от приема алкоголя либо по причине непереносимости (выраженные аллергические реакции), либо вследствие формирования определенных установок (например, как следствие реакции протеста у юноши на алкоголика-отца или из-за наличия определенных религиозных или философских взглядов, не допускающих употребление алкоголя).

Случайно пьющие лица, как правило, не испытывают приятных ощущений в связи с опьянением и поэтому не стремятся увеличивать дозы и частоты его приема. Прием алкоголя у этой группы обычно осуществляется под давлением окружающих.

Среди эпизодически употребляющих алкоголь лиц встречаются умеренно пьющие. Они испытывают удовольствие от опьянения, хотя эйфоризирующее действие алкоголя у них выражено умеренно. Они редко самостоятельно берутся за организацию выпивки, и еще реже у них возникает спонтанное желание выпить. Алкоголизация обычно происходит в рамках постоянной неформальной группы (друзья, родственники и т. д.). Вне состояния опьянения какие-либо поведенческие отклонения не обнаруживаются.

Для систематического пьянства, кроме учащения выпивок и увеличения разовой дозы алкоголя, характерны изменения ценностных установок, появление в связи с пьянством социально-негативных поведенческих акций. В связи с этим можно говорить о формировании определенного стиля, образа жизни. Знакомство с алкоголем у этих лиц происходит в раннем подростковом возрасте, а систематическое употребление начинается после 16 лет. Алкогольная потребность достаточно быстро начинает приобретать равное значение наряду с другими личностными потребностями. Эти лица выступают инициаторами выпивок, алкоголь постепенно начинает приобретать значение ведущего ценностного ориентира, становясь основным источником получения удовольствия в жизни. Соответственно этому происходит некоторое личностное снижение в социальной, семейной и профессиональной сфере.

Привычное пьянство является крайней и самой тяжелой формой эпизодического употребления и иногда представляет определенные трудности для дифференциальной диагностики с хрони-

ческим алкоголизмом. Динамика этой формы бытового пьянства зачастую приводит к развитию алкоголизма.

Мотивации употребления алкоголя

Существуют разные мотивы и причины, по которым люди начинают употреблять алкоголь. I

1. Гедонистическая - прием алкоголя связан с жадой удовольствия. Рассуждения сводятся к следующему: «Почему я должен отказывать себе выпить, ведь жизнь одна, другой такой не будет. И вообще зачем жить, если нет удовольствия».

2. Атарактическая — алкоголь употребляется с целью смягчить аффективные расстройства, снять состояние эмоционального напряжения, тревоги, беспокойства, неуверенности. «Доктор, мне надо было отключиться от неприятных воспоминаний».

3. Субмиссивная — употребление алкоголя связано с повышенной подчиняемостью, неспособностью противостоять окружению. «Я пью, как и все, не хочу быть белой вороной».

4. С гиперактивацией поведения — алкоголь употребляется в качестве допинга, для того чтобы поднять тонус, повысить активность и улучшить работоспособность. «Пью, когда устаю, чтобы взбодриться».

5. Псевдокультуральная — алкоголь употребляется для того, чтобы привлечь внимание окружающих сложной рецептурой коктейля, редкими марками вин. Такие пациенты считают себя тонкими ценителями спиртного.

6. Традиционная — спиртное употребляется по санкционированным праздникам.

Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)

Алкогольное опьянение — симптомокомплекс психических, вегетативных и неврологических расстройств, обусловленный психотропным действием алкоголя. Согласно критериям МКБ-10, диагноз острой алкогольной интоксикации (F10.0) может быть поставлен только в тех случаях, когда опьянение не сопровождается более стойкими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя.

Различают три степени — легкую, среднюю, тяжелую. Для количественной оценки степени алкогольного опьянения чаще всего определяют концентрацию этанола в крови. Соответственно концентрация 0,5-1,5 ‰ — легкая, 1,5-2,5 ‰ — средняя, 3-5 ‰ — тяжелая. При концентрации 6-8 ‰ алкогольное опьянение является причиной смерти.

Выделяют три формы алкогольного опьянения: простое; измененные формы простого опьянения (атипичное алкогольное опьянение); патологическое опьянение.

Простое алкогольное опьянение. *Легкая степень.* Характерны ощущение психического и физического комфорта (эйфория), неглубокие колебания эмоционального фона, гиперэкспрессивность, многоречивость. Мышление ускорено, ассоциации поверхностны. Критика снижена (субъективное ощущение «протрезвления» после 2-3-й дозы алкоголя). Из вегетативных симптомов присутствуют гиперемия кожных покровов (особенно лица), легкая тахикардия. Амнезии нет. *Средняя степень.* Типичны более выраженные аффективные нарушения, двигательная расторможенность, дизартрия. Критика к состоянию резко снижена. Темп мышления, ассоциативный процесс замедляются. Отмечается шаткость походки. Возможна тошнота и рвота. Частичная амнезия. *Тяжелая степень.* Характеризуется появлением различных по степени выраженности симптомов оглушения: от легкой сомноленции до комы. Выражены неврологические симптомы — мозжечковая атаксия, мышечная атония, амимия, дизартрия; вестибулярные расстройства — головокружение, тошнота, рвота. Цианоз, гипотермия. Могут быть эпилептиформные припадки. Отмечается полная наркотическая амнезия периода опьянения. При более высоких концентрациях этанола смерть наступает в результате паралича дыхательного центра.

Продолжительность алкогольного опьянения зависит от многих факторов (пол, возраст, масса тела, расовые особенности, привыкание к алкоголю), но более всего — от количества потребленного алкоголя и скорости его обмена в организме.

После алкогольного опьянения средней и особенно тяжелой степени на следующий день в течение нескольких часов остаются постинтоксикационные явления — головная боль, жажда, плохой аппетит, разбитость, слабость, тошнота, рвота, головокружение, тремор, резкое снижение работоспособности. У людей, не

страдающих алкоголизмом, вид алкоголя и даже упоминание о нем вызывают отвращение (в отличие от синдрома похмелья, о котором см. ниже).

Измененные формы простого алкогольного опьянения. Клиническая картина алкогольного опьянения во многом зависит от «почвы», на которую воздействует алкоголь. Наличие такой почвы (последствия черепно-мозговой травмы, изменения личности и др.) приводит к возникновению измененных форм алкогольного опьянения. Атипичным называют опьянение, при котором происходит чрезмерно резкое усиление или ослабление каких-нибудь расстройств, либо нарушается последовательность их возникновения, либо развиваются симптомы, которые несвойственны простому опьянению. Наибольшие видоизменения претерпевают психические нарушения. Изменение простого алкогольного опьянения может происходить на II и III стадиях алкоголизма. Выделяют следующие формы атипичного алкогольного опьянения: 1) Чаще других встречается *дисфорический вариант опьянения*, когда вместо привычной эйфории с самого начала отмечается состояние злобной напряженности с раздражительностью и конфликтностью, склонностью к агрессии. Чаще отмечается у хронических алкоголиков, а также у больных с различными органическими поражениями мозга. 2) *Депрессивный вариант* наблюдается у так называемых угрюмых пьяниц. Опьянение выражается в нарастании подавленности, тоски, чувства безысходности, отчаянья со слезливостью, недовольством собой. Иногда возникают суицидные мысли и попытки их реализации. 3) При *истерическом варианте* опьянение проявляется демонстративным поведением (театральность, заламывание рук, неадекватная эмоциональность с патетикой, самовосхваление, легкие самоповреждения как демонстрация суицидных попыток). 4) *Алкогольное опьянение с гебефренными чертами* проявляется дурашливостью, стереотипиями, кривлянием, импульсивными поступками (клептомании, пиромании, бродяжничество, половые извращения), бессмысленным буйством. Такие картины можно наблюдать при наличии латентной шизофрении, а также у подростков и юношей.

Патологическое опьянение в строгом смысле не является собственно опьянением, а представляет собой сверхострый транзиторный психоз, вызванный приемом даже небольших количеств

алкоголя и протекающий в форме сумеречного состояния сознания; заканчивается либо сном, либо психо-физическим истощением. Более чем в 80% сопровождается противоправными действиями. При дезориентировке всех видов сохраняется координация движений с возможностью совершить требующие навыков и даже ловкости действия. Контакт больные недоступны, все действия совершаются в одиночку. Эпизод полностью амнезируется. Может сопровождаться продуктивными расстройствами — бредом, галлюцинациями. В 84% симптомы острой интоксикации алкоголем отсутствуют. В поведении проявляются две основные тенденции: оборона со стремлением уничтожить источник опасности и бегство от угрожающей ситуации.

Выделяются эпилептоидная и галлюцинаторно-параноидная формы патологического опьянения. При эпилептоидной форме на фоне дезориентировки, аффекта злобы, ярости, крайней скудности речевой продукции отмечается резкое двигательное возбуждение с агрессией, которая часто имеет характер хаотичных и стереотипных действий. При параноидной форме поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего характера. Об этом свидетельствуют отдельные слова, выкрики, команды, угрозы, хотя в целом речевая продукция больного скудна и малопонятна. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер, приобретая форму сложных и целенаправленных действий. Патологическому опьянению способствуют «органический фон», эпилепсия, выраженная астения.

Экспертиза патологического опьянения часто трудна и крайне ответственна. Криминальные действия нередко совершаются и в состоянии простого алкогольного опьянения, наличие которого, согласно уголовному законодательству, утяжеляют степень вины и ответственности. В случае патологического опьянения больной признается невменяемым, что освобождает его от уголовной ответственности.

Классификация хронического алкоголизма

Впервые три стадии алкоголизма описал И. В. Стрельчук (1949). В первой стадии происходит изменение реакции организма на алкоголь (пропадает рвотный рефлекс, растет толерантность и т. д.). Вторая стадия начинается с формирования синдро-

ма похмелья. В третьей стадии происходит деградация. До нее доживает относительно небольшая группа больных.

В широко распространенной классификации алкоголизма А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой (1971) также выделяются три стадии: начальная (неврастеническая), средняя (наркотическая), исходная (энцефалопатическая).

На Западе широко распространена классификация Джеллинека (Jellinek, 1960), в которой существенное внимание уделяется виду употребляемого спиртного напитка. Выделяется пять форм алкоголизма:

- Альфа-алкоголизм — алкоголь употребляется как средство смягчения отрицательных психологических явлений и соматических ощущений. Типичен для винных регионов (страны Средиземноморья).
- Бета-алкоголизм — употребление алкоголя в соответствии с обычаями социальной среды (русская или грузинская свадьба). По Джеллинеку заболеванием не является.
- Тамма-алкоголизм — употребление крепких спиртных напитков с развитием синдрома похмелья. Наблюдается запойный тип пьянства. Сопровождается тяжелыми социальными последствиями. Характерен для стран, где предпочитают крепкие алкогольные напитки (Север Европы, Россия и т. д.)
- Дельта-алкоголизм — проявляется в постоянной форме употребления алкоголя с выраженными соматическими последствиями при нерезких социальных. Типичен для винных регионов.
- Эпсилон-алкоголизм проявляется в истинных запоях, которые начинаются без видимой причины. Между запоями никакой тяги к спиртному нет. По мнению большинства исследователей, это есть вторичное проявление фазно или пароксизмально протекающего психического заболевания (аффективное расстройство, эпилепсия и т. д.).

В МКБ-10 (1994) отсутствует деление хронического алкоголизма на стадии. Отдельно выделяются следующие рубрики: синдром зависимости (F10.2); состояние отмены (F10.3). При присоединении психотических; «осложнений выделяются: состояние отмены с делирием (F10.4), психотическое расстройство (F10.5), амнестический синдром (F10.6): резидуальное психитическое расстройство и психотическое расстройства с поздним дебютом (F10.7).

В России до сих пор традиционно используются классификации, связанные с делением заболевания на три стадии. При этом рядом авторов и классификацию включают темпы развития (прогредиентности) болезни: низкий, средний и высокий, формы злоупотребления (см. ниже), степень тяжести социальных последствий, соматоневрологические проявления алкоголизма, а также текущее состояние в динамике болезни: ремиссия или рецидив (Лекции по наркологии, 2000).

Клинические проявления и закономерности течения алкоголизма

Клиническая картина складывается из наркоманического синдрома и изменений личности больного. Наркоманический синдром включает патологическую зависимость от алкоголя (синдром зависимости по МКБ-10), а также измененную реактивность к нему. В клинической практике принято различать две разновидности патологического влечения к алкоголю — первичное и вторичное. *Первичное влечение*, или *психическая зависимость*, объединяет два симптома — психическое влечение к алкоголю и возникновение эйфории в стадии опьянения. *Вторичное влечение*, или *физическая зависимость*, проявляется в невозможности переносить абстинентное состояние, выражающееся в стремлении к новому приему алкоголя для избавления от неприятных симптомов.

Эти основные синдромы относятся к общим признакам, объединяющим все клинические варианты алкоголизма. Они последовательно формируются в процессе развития заболевания.

Первая стадия алкоголизма характеризуется следующими признаками: 1) Первичное патологическое влечение к алкоголю. Тяга к алкоголю проявляется в определенных ситуациях. Подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями. Прием первой дозы ускоряет употребление последующих до состояния более выраженного опьянения. Внешний признак этого — т. н. *симптом опережающего тоста*, употребление спиртного «до дна». Важнейшим признаком психической зависимости является и *снижение количественного и ситуационного контроля*, когда больные начинают регулярно пить до состояния выраженного алкогольного опьянения и делают это там, где нельзя (например, в присутствии непосредственного начальства). 2) Рост толерантности к алкоголю определяется тем, что первоначально

употребляемая доза не вызывает приятного чувства опьянения и требуется прием большего количества спиртного или переход на более крепкие напитки. 3) Амнезии опьянения проявляются чаще в форме палимпсестов. Палимпсесты опьянения проявляются в том, что из памяти выпадают фрагменты определенных событий, имевших место в состоянии опьянения.

Первую стадию алкоголизма диагностируют, как правило, у лиц 16-35 лет. Ее продолжительность чаще всего составляет 1-6 лет.

Вторая стадия алкоголизма характеризуется утяжелением всех симптомов первой стадии. Кроме того отмечается: 1) Появление абстинентного (похмельного) синдрома. 2) Формирование запоев или систематического (постоянного) злоупотребления алкоголем. 3) Заострение преморбидных черт личности.

Патологическое влечение к алкоголю возникает не только в определенных ситуациях, но и спонтанно. Описывают два варианта первичного патологического влечения. Первый сопровождается борьбой мотивов («пить или не пить»), поскольку злоупотребление алкоголем противоречит социально этическим нормам больного, его окружения. Встречается чаще на ранних этапах заболевания, когда больной пытается самостоятельно бороться со своим пристрастием: обходит магазины, уезжает на выходные за город; не встречается с друзьями. Но через какое-то время происходит срыв. Второй вариант предполагает отсутствие борьбы мотивов. Больной сам придумывает поводы для употребления спиртного. В этом случае предотвратить алкоголизацию значительно труднее. Во второй стадии отмечается *полная утрата количественного контроля* — больной напивается всегда и везде. Определенная доза спиртного («критическая») вызывает непреодолимое (компульсивное) желание пить «до отключки».

Устанавливается *максимальная толерантность* к алкоголю, которая не меняется долгое время (плато толерантности). Происходит *изменение картины опьянения*: уменьшается период эйфории, опьянение чаще протекает по дисфорическому типу. *Алкогольные амнезии* становятся систематическими.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) — это комплекс вегетативных, сомато-неврологических, психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением алкоголизации.. В литературе

можно встретить такие его названия, как синдром отмены, состояние отмены (в МКБ-10), синдром похмелья, синдром второго дня и т. д. Впервые описан отечественным психиатром С. Г. Жислиным (1935), который определил его основной признак как «расстройства, обусловленные предшествующим алкогольным эксцессом, которые смягчаются или исчезают совсем лишь после повторного употребления известных доз алкоголя».

Различают следующие варианты ААС: 1) С преобладанием вегетативных компонентов (1-я степень тяжести). Характерны потливость, тахикардия, сухость во рту, снижение аппетита. Желание опохмелиться не всегда реализуется немедленно. Сдерживающим обстоятельством являются социально-этические причины (например, необходимость утром сесть за руль). Поэтому опохмеление отодвигается на вечерние часы. Продолжительность ААС до суток. 2) ААС с преобладанием вегето-соматических и неврологических расстройств (2-я степень). Наблюдается обычно после многодневного злоупотребления. Клинически отмечаются гиперемия и одутловатость лица, инъекция склер, тахикардия с экстрасистолой, боли в сердце, колебания артериального давления, тремор рук, нарушения походки, неравномерность сухожильных рефлексов, нарушения сна. Часто обостряются хронические болезни желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Опохмеляются обычно утром, т. к. социально-этические факторы отходят на второй план. 3) ААС с преобладанием психического компонента (3-я степень) характеризуется тревожно-параноидной установкой, пониженно-тревожным настроением. Часто встречаются суточные колебания аффекта с относительным улучшением в первую половину дня. Могут быть суицидные мысли. Чувство собственной виновности сочетается с негативным отношением к окружающим, их неприятием, что может еще больше усугублять депрессию. Сон поверхностный, беспокойный с кошмарными сновидениями. Опохмеляются постоянно. Продолжительность 2-5 суток. На фоне ААС 3-й степени тяжести возникают алкогольные психозы.

Следует отличать ААС от постинтоксикационного синдрома, который может отмечаться у людей, не страдающих алкоголизмом, на следующий день после массивной алкоголизации. Соматовегетативные проявления у обоих синдромов сходны. Базовым отличием будет отсутствие влечения к алкоголю у неалкоголи-

ков. Более того, вид, запах и даже упоминание об алкоголе будут вызывать у них отвращение вплоть до тошноты и рвоты.

Во второй стадии формируются следующие типы злоупотребления алкоголем: 1) *Постоянный тип* характеризуется ежедневным или почти ежедневным употреблением спиртного. 2) *Периодический тип*, или *псевдозапой*, которые характеризуются чередованием периодов ежедневного пьянства с интервалами, когда больной не употребляет спиртного. Псевдозапой отличаются от истинных запоев (см. ниже) тем, что они провоцируются социальными поводами (встреча с друзьями, конец недели, зарплата, праздник, неприятности и т. д.) и обрываются также под влиянием ситуации (кончились, деньги, надо идти на работу, угрожают семейные репрессии и т. д.). *Перемежающийся (смешанный) тип*, когда на фоне постоянного пьянства отмечаются периоды его усиления с употреблением спиртного в максимальных дозах (сочетание постоянной формы и псевдозапоев).

Начиная со второй стадии возможно появление алкогольных психозов (см. ниже) как на фоне похмельного синдрома, так и на высоте опьянения во время запоя.

Во второй стадии алкоголизма начинают проявляться изменения личности больного, чаще в форме *заострения преморбидных черт*. К этому присоединяются расстройства эмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности, огрубления, возбудимости.

Вторая стадия болезни обычно формируется в возрасте 25-35 лет после злоупотребления алкоголем в течение 10-15 лет.

Третья стадия характеризуется утяжелением всех проявлений, которые отмечаются во второй, плюс появлением истинных запоев и деградации личности.

Патологическое влечение по силе сопоставимо с голодом и жаждой (компульсивный характер влечения). Утрата количественного контроля сопровождается полной утратой ситуационного контроля: прием незначительной дозы алкоголя влечет за собой возникновение неодолимого влечения со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и противозаконно. Прием алкоголя может осуществляться в самых неподходящих местах. Часто употребляются суррогаты алкоголя (технический спирт, одеколоны, лосьоны и т.д.).

Одним из важнейших симптомов третьей стадии является *снижение толерантности к алкоголю*.

Отмечается выраженное изменение картины, опьянения с преобладанием дисфорического аффекта. В некоторых случаях у части больных опьянение представлено картиной алкогольного оглушения: пациенты вялы, пассивны, на вопросы отвечают с задержкой, способны выполнять только простые действия. Для больных третьей стадии характерна тотальная алкогольная амнезия, которая проявляется при приеме сравнительно небольших доз алкоголя. Абстинентный синдром, как правило, 3-й степени тяжести.

Для третьей стадии характерны *истинные запои* (прерываются из-за невозможности самого больного продолжать употребление алкоголя). Им предшествует ничем не спровоцированное непреодолимое (компульсивное) влечение. В первый день запоя выпивается максимальное количество. В последующие дни из-за снижения толерантности доза падает. В конце запоя развивается интолерантность, приводящая к прекращению алкоголизации.

Формируются стойкие *изменения личности*: 1) Психопатоподобная деградация характеризуется изменением поведения, проявляющееся грубым цинизмом, агрессией, назойливой откровенностью, стремлением очернить окружающих. 2) Алкогольная деградация с преобладанием эйфории отличается благодушным беспечным настроением с резким снижением критики к своему положению и окружению. Больным присущ так называемый алкогольный юмор с примитивными штампами и шаблонными шутками преимущественно на алкогольную и сексуальную тематику. 3) Алкогольная деградация с аспонтанностью характеризуется вялостью, пассивностью, снижением побуждений, полной утратой интересов и инициативы. Активность появляется только при приобретении спиртного.

Соматические последствия при третьей стадии малообратимы (цирроз печени, панкреатит, полиневропатия и т. д.).

Динамику алкоголизма выражает не только стадийность, но и скорость формирования симптомов, т. е. *прогредиентность заболевания*. Для оценки степени прогредиентности используют сроки формирования ААС после начала систематического злоупотребления алкоголем. Если ААС развивается в период до 6 лет, то диагностируют высокую степень прогредиентности заболевания, если от 7 до 15 лет — среднюю и свыше 15 лет — низкую степень прогредиентности.

Динамика алкоголизма определяется многими факторами: от наследственной предрасположенности, типа личности, наличия

нервно-психических заболеваний или другой сопутствующей патологии, пола, возраста до качества и количества употребляемых спиртных напитков.

Механизмы психологической защиты при алкоголизме

Абсолютное большинство лиц, систематически или периодически злоупотребляющих алкоголем, отрицают наличие проблемы. Это связано с тем, что отрицательный эмоциональный компонент пьянства нивелируется помощью механизмов психологической защиты, которые формируют состояние так называемой *алкогольной анозогнозии*, т. е. отрицание наличия у себя признаков заболевания. Механизмы психологической защиты меняются по мере динамики заболевания на каждой стадии, обеспечивая относительно приемлемое эмоциональное состояние для больного. Механизмы психологической защиты формируются на подсознательном уровне. Больные могут искренне верить в то, что они говорят. Поэтому успешная терапия заболевания неизменно связана с вскрытием и преодолением этих механизмов.

На начальном этапе отмечается *игнорирование пьянства*. Проблема попросту не признается в принципе. Все увещания родственников и знакомых проходят мимо. Больной считает, что все вокруг не правы и необъективны.

Далее, когда массивную алкоголизацию, которой подвержен больной, отрицать становится невозможно, происходит *сдвиг акцентов*. Сдвиг акцентов проявляется в преуменьшении размеров пьянства, переоценке событий в желательном для больного направлении. Формируется *перцептивная защита*, когда из происходящего выбирается только то, что согласуется с личностными установками индивида. Примером может служить факт, что на вопрос врача: «Как часто вы выпиваете?», — больные неизменно отвечают: «По-разному, бывает, целый месяц (неделю, два месяца и т. д.) не пью».

На более поздних этапах перцептивная защита уступает место *мотивационной рационализации*, когда происходит отбор данных в соответствии с личностными желаниями, гарантирующими удобное, нужное в данный момент заключение. Приводятся различные доводы, оправдывающие алкоголизацию. При этом мотив заменяется версией (псевдомотивом) на подсознательном уровне. Называются разнообразные причины, которые, по мнению больного,

«спроиоциропали» очередной алкогольный эксцесс («плохой начальник», «спарлиная жена или теща», «болел зуб» и т. д.). Происходит формирование *объяснительной системы* (системы алиби), которая оправдывает поведение больного.

В конце второй стадии встречается универсальная объяснительная система. Больной объясняет свою алкоголизацию тем, что «все вокруг пьют», «пьянство — норма в нашей поганой жизни». По мере развития личностной деградации на третьей стадии заболевания наступает *обесценение* — уменьшение или исчезновение отрицательного компонента чрезмерного пьянства.

Методы диагностики и выявления хронического алкоголизма

В последнее время широко применяются различные тесты выявления алкоголизма, которые могут быть использованы и при массовых обследованиях. На Западе широкое распространение получили тесты CAGEAID (Cut down, Annoyance, Guilt, Eye opener questions Adapted to Include Drugs), T-ACE (Take, Annoyance, Cut down, Eye opener — адаптированный для женщин)*.

Тест CAGEAID

- Вы не думали когда-нибудь о том, чтобы уменьшить (Cut down) количество употребляемого алкоголя? Наркотических веществ?
- Испытываете ли Вы раздражение (Annoyance), когда люди критикуют Вас за пьянство или употребление наркотиков?
- Вы испытывали когда-нибудь чувство вины (Guilt) по поводу чрезмерного употребления алкоголя или наркотиков?
- Вы когда-нибудь употребляли алкоголь для поднятия тонуса утром или с похмелья (Eye Opener)? Вы употребляли когда-нибудь наркотические вещества для поднятия тонуса утром?

Два положительных ответа на вопросы CAGEAID — подозрение на алкоголизм.

Для более углубленного исследования используются тесты MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) и AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

* См. Главу IV

Тест на алкоголизм Университета штата Мичиган (MAST)

ВОПРОС	Ответ ¹	Баллы
1. Вы считаете, что выпиваете не больше других : (то есть не больше, чем основная масса людей)?	Нет	2
2. Случалось ли с Вами такое, что, проснувшись утром после того, как выпивали, Вы не могли вспомнить часть прошедшего вечера?	Да	2
3. Выражают ли беспокойство или недовольство по поводу Вашего пьянства Ваш(а) супруг(а), родители или другие близкие родственники?	Да	2
4. Можете ли Вы без большого усилия над собой прекратить употребление алкоголя после того, как выпили 1 или 2 стакана?	Нет	2
5. Вы испытывали когда-нибудь чувство вины из-за пьянства?	Да	1
6. Ваши друзья или родственники считают, что Вы пьете не больше других?	Нет	2
7. Вы всегда можете прекратить употреблять алкогольные напитки, когда захотите?	Нет	2
8. Вы когда-нибудь посещали собрание общества Анонимных алкоголиков?	Да	5
9. Ввязывались ли Вы в драку в состоянии алкогольного опьянения?	Да	1
10. Возникали ли у Вас проблемы с супругой (ом), родителями или другими близкими родственниками из-за Вашего пьянства?	Да	2
11. Ваш(а) супруг(а), родители или другие близкие родственники обращались к кому-нибудь с просьбой помочь решить проблему Вашего пьянства?	Да	2
12. Вы когда-нибудь теряли друзей или подруг из-за своего пьянства?	Да	2
13. Возникали у Вас неприятности на работе из-за Вашего пьянства?	Да	2
14. Теряли Вы когда-нибудь работу из-за пьянства?	Да	2

¹ Противоположный по смыслу ответ равен 0 баллов.

15. Случалось ли, чтобы Вы пренебрегли своими служебными и семейными обязанностями или не : ходили на работу два или более дней подряд из-за того, что находились в состоянии алкогольного опьянения?	Да	2
16. Часто ли Вы употребляете алкоголь до полудня?	Да	1
17. Вам когда-нибудь говорили, что у Вас больная печень? Цирроз?	Да	2
18. Если Вы много выпили, случалась ли у Вас белая горячка или сильная лихорадка; слышали ли Вы голоса, видели ли предметы, которых в действительности не было?	Да	2
19. Вы обращались к кому-нибудь с просьбой помочь Вам решить проблему	Да	5
20. Вы когда-нибудь лежали в больнице из-за пьянства?	Да	5
21. Вы когда-нибудь были пациентом психиатрической больницы или отделения, куда Вы были госпитализированы вследствие злоупотребления алкоголем?	Да	2
22. Вы обращались когда-нибудь в психиатрическую клинику, к какому-нибудь врачу, социальному работнику или духовному лицу за помощью в решении эмоциональной проблемы, частью которой являлось пьянство?	Да	2
23. Вас когда-нибудь арестовывали за управление автомобилем в нетрезвом состоянии?	Да	2
24. Вас когда-нибудь арестовывали, хотя бы на несколько часов, за поступки, совершенные в состоянии алкогольного опьянения?	Да	2
Всего баллов²		

² Сумма баллов: 0-4 = неалкоголик; 5-6 = подозрение на алкоголизм; 7 и более = алкоголизм.

Литература

1. Альтшулер В. Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 250-338.
2. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
3. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
4. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — П.: Медицина, 1991. - 214 с.
5. Егоров А. Ю. Основы наркологии: Учеб. пособие. — СПб.: ИСПИП, 2000. - 46 с.
6. Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. - 448 с.
7. Международная классификация болезней. (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - СПб.: Адис, 1994. - 303 с.
8. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — Л.: Медицина, 1988. — 285 с.
9. Наркология / Ред. Л. С. Фридман и др. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.
10. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.

Глава IV.

ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО И СЕМЕЙНОГО АЛКОГОЛИЗМА. ДЕЙСТВИЕ АЛКОГОЛЯ НА ПЛОД

Алкоголизм у женщин

Актуальность исследования особенностей женского алкоголизма в последние десятилетия высока как никогда. Именно в последнее время число женщин, страдающих алкогольной зависимостью, существенно возросло. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в развитых странах Европы и США сейчас находится между 1:5 и 1:2, хотя в недавнем прошлом оно составляло 1:12 и менее. Таким же было это соотношение и в нашей стране в середине 80-х годов: так, в 1991 г. оно было 1:9, к 1995 составило 1:6, а в настоящее время находится на уровне 1:5 (Альтшулер, 2000). Хотя женский алкоголизм, по сравнению с мужским, развивается в более позднем возрасте (25-35 лет), исследователи давно "отмечали его особую тяжесть и злокачественность (Алкоголизм..., 1983).

Какие факторы способствуют особенностям заболевания у женщин?

Можно выделить биологические факторы к которым следует отнести наследственность Как показали исследования, проведенные в Московском НИИ наркологии, наследственная отягощенность алкоголизмом у женщин встречается чаще, чем у мужчин (до 90%).. Особенно это относится к отягощенности алкоголизмом матери: у мужчин она составляет, 5%, а у женщин 22% (Гуныко, 1992). В свою очередь, наследственная отягощенность обуславливает более тяжелое клиническое течение: меньше сроки ремиссий, менее эффективна терапия и т. д.

Одной; из особенностей женского организма является менструальный цикл, который включает предменструальное напряжение, предрасполагающее к употреблению алкоголя. Алкоголь снимает предменструальное напряжение, действуя успокаивающе;

в результате может возникнуть привыкание и зависимость. Кроме того, в предменструальном периоде усиливается всасывание алкоголя из желудочно-кишечного тракта в кровь. Поэтому алкоголь, принятый в пересчете на массу тела, действует на женщин сильнее, оказывая более сильный токсический эффект. Этому же способствует более *низкая ферментативная активность* (в частности фермента алкогольдегидрогеназы, ответственного за утилизацию этанола) у женщин по сравнению с мужчинами.

И, наконец, *содержание воды* в женском организме меньше, чем в мужском, на 10%. Следовательно, при употреблении одинаковой дозы алкоголя концентрация в крови у женщин больше, чем у мужчин, что также усиливает токсический эффект.

Важное значение играют и *социально-психологические факторы* в развитии женского алкоголизма. Очевидно, что изменение положения женщины в обществе в XX веке — *эмансипация* — привело к росту алкоголизации и, соответственно, алкоголизма. Традиционно алкоголизация для женщин не была характерна и осуждалась в обществе. Действительно, трудно представить себе героинь Толстого и Тургенева, употребляющих водку. Отзвуки этого «общественного табу» на женскую алкоголизацию мы можем наблюдать и в наши дни: например, отношение к мужчине и женщине, появляющихся в общественном месте в состоянии алкогольного опьянения, будет различным. Пьяная женщина неизменно вызывает отвращение и порицание.

Кроме того считается, что женщины в большей степени подвержены *психической травматизации*. В детском возрасте — это плохое воспитание, побои, отсутствие ласки и тепла, родители-алкоголики, неполная семья, сиротство. В дальнейшем у таких женщин нередко встречаются также многочисленные психотравмы: несчастная любовь, развод, потеря родных и близких, одиночество. В среднем и пожилом возрасте приходится сталкиваться с формированием т. н. «вдовьего» алкоголизма. Продолжительность жизни женщин в среднем на 10 лет больше, чем у мужчин. Нередко женщины в 50-60-летнем возрасте остаются одни после смерти мужа. Дети уже выросли, и у них своя жизнь. Впереди — одинокая старость. К состоянию утраты самого близкого человека — мужа присоединяется ощущение полной безысходности. В этом состоянии начинается алкоголизация либо в одиночку, либо с такими же овдовевшими и одинокими подругами. В инволюционном возрасте

часто имеются признаки атеросклероза мозговых сосудов, что усложняет переход алкоголизации в зависимость.

К факторам риска можно отнести и *микросоциальную среду*. Как показали исследования, алкоголизм наиболее распространен у женщин, работающих в сфере обслуживания: у работников торговли и общепита, проводников. Вместе с тем уровень алкоголизма выше у домохозяек, чем у работающих на современном производстве (Wilsnack et al., 1986).

Кроме факторов, способствующих развитию алкоголизма, имеется и целый ряд клинических особенностей. Картина опьянения у женщин довольно характерна. Женщины легче теряют контроль над количеством выпитого. Довольно быстро возникают вегетативные реакции: глаза блестят, лицо краснеет. Скрамная, сдержанная женщина становится развязной, иногда циничной: жестикулирует, говорит громко. Невнимание к себе рассматривает как личное оскорбление, может быть сексуально расторможена. Характерны выраженные колебания настроения: громко смеются, плачут, бьют посуду, обвиняют окружающих, иногда становятся замкнутыми, угрюмыми. После алкоголизации бывают подавлены. В трезвом состоянии либо стыдятся, либо бравируют количеством выпитого.

Большинством авторов признается, что женский алкоголизм имеет прогрессивное, прогрессирующее течение, несмотря на то, что заболевание начинается в среднем на 8 лет позже, чем у мужчин. Такое течение получило название «телескопического»* (Gromberg, 1976). По степени выраженности клинической картины, по тяжести болезни, степени деградации личности женщины «догоняют» мужчин в среднем к 40 годам, а потом нередко и «перегоняют».

Важной клинической особенностью женского алкоголизма является форма злоупотребления, или тип пьянства. Для женщин характерен периодический тип пьянства, или запои. Причем запойный характер алкоголизации возникает у 25% женщин уже с самого начала (Альтшулер, 2000).

* Имеется в виду, что женский алкоголизм становится более заметным окружающим, как в телескоп становятся более различимы рассматриваемые космические объекты.

Аффективная патология встречается в клинике женского алкоголизма достоверно чаще. Это касается в первую очередь депрессивных переживаний. Они могут предшествовать алкоголизму. Так, американский исследователь М. Шакит (Schukit, 1993) показал, что аффективная патология в преморбиде встречается у 15-20% женщин и только у 5% мужчин. Кроме того, депрессивные переживания могут быть вторичными по отношению к алкоголизму и, как правило, наиболее выражены в абстинентном состоянии. Тенденция к суицидным попыткам в абстинентном состоянии у женщин выражена также сильнее (до 35% от общего числа).

Из-за «общественного табу» женщины долго скрывают свое пьянство. У них часто отмечается алкогольная анозогнозия. Это приводит к тому, что к врачам-наркологам они обращаются почти исключительно на далеко зашедшей стадии заболевания. Любой нарколог может сказать, что женщина с первой стадией алкоголизма, обратившаяся за помощью, почти казуистическая редкость, в то время как среди мужчин такие случаи встречаются намного чаще. Поздняя обращаемость за помощью является одним из факторов, затрудняющих успешное лечение.

Абстинентный синдром проявляется в форме вегето-соматических нарушений. Часто к нему присоединяется психический компонент. Алкогольные психозы возникают у женщин чаще, чем у мужчин, и протекают тяжелее.

Во второй стадии заболевания у женщин быстрее меняется характер: из жизнерадостной, трудолюбивой, спокойной больная становится замкнутой, раздражительной, злобной, грубой, эгоистичной, с подавленным настроением и плаксивостью. Повышенная утомляемость, слабость, частые головные боли, сниженное настроение приводят к формированию безразличия и эгоцентризма. Заостряются психопатоподобные черты личности по эксплозивному, истерическому, реже апатическому и астеническому типу. Утрачивается интерес к окружающей жизни. Больные теряют работу, не занимаются детьми, ведут паразитический образ жизни. Женщины-алкоголики быстрее теряют семью, чем мужчины.

В третьей стадии, наряду с типичными проявлениями алкоголизма, у большинства больных женщин оскудение психики и нарушение интеллекта более выражены. Они ничем не интересуются, ведут паразитический образ жизни, апатичны, безразличны ко всему, что не касается алкоголя. В отличие от мужчин, как

правило. лишены плоского алкогольного юмора Прогноз лечения алкоголизма у женщин хуже, чем у мужчин.

Для диагностики алкоголизма (как и иной наркотической зависимости) у женщин может помочь тест T-ACE (Take, Annoyance, Cut down, Eye Opener), являющегося модификацией теста CAGE (См. Главу II). Поскольку женщины более склонны испытывать чувство вины из-за злоупотребления алкоголем, то это приводит к ложноположительным ответам на вопрос о чувстве вины в тесте CAGE. Поэтому было предложено проводить тестирование по уровню толерантности к алкоголю:

Тест T-ACE

- Сколько Вам надо выпить (Take), чтобы опьянеть? (более трех стаканов вина или эквивалентного количества спиртного считается положительным ответом).

- Испытываете ли Вы раздражение (Annoyance), когда люди критикуют Вас за пьянство или употребление наркотиков?

- Вы не думали когда-нибудь о том, чтобы уменьшить (Cut down) количество употребляемого алкоголя? Наркотических веществ?

- Вы когда-нибудь употребляли алкоголь для поднятия тонуса утром или с похмелья (Eye Opener)? Вы употребляли когда-нибудь наркотические вещества для поднятия тонуса утром?

Два положительных ответа на вопросы T-ACE — подозрение на алкоголизм.

Семейный алкоголизм

К семейным формам алкоголизма относятся случаи, когда зависимость формируется у обоих супругов либо одновременно, либо последовательно. Известно, что у многих женщин, страдающих алкоголизмом, мужья также злоупотребляют алкоголем.) По данным разных авторов, процентное соотношение их колеблется от 10% до 70% (Dahlgren. 1978; Wood, Duffu, 1966). Очевидно, что именно семейный вариант алкоголизма будет оказывать на детей, растущих в таких условиях, наиболее неблагоприятное влияние как в плане формирования невротических или даже психопатических черт характера, так и вероятности возникновения в будущем химической зависимости.

У семейного алкоголизма при одновременном формировании зависимости у обоих супругов могут быть разные причины: 1) В брак вступают люди, изначально имеющие признаки алкогольной зависимости, которая усиливается в результате совместных выпивок; 2) Алкогольная зависимость формируется в период пребывания в браке. Обычно толчком к массивной совместной алкоголизации супругов является возникновение фрустрирующей ситуации, обычно связанной с кем-либо из членов семьи, чаще всего с общим ребенком (смерть, болезнь и т. д.). Для того, чтобы снизить напряжение, душевную боль, супруги прибегают к алкоголю. Иногда сразу употребляются большие дозы, чтобы «хоть на какое-то время забыться». Такое регулярное совместное употребление спиртного приводит к формированию семейного алкоголизма, д

Тем не менее чаще встречается вариант развития алкогольной зависимости у жены уже сформировавшегося алкоголика — созависимый тип семейного алкоголизма. (Подробнее о проблеме созависимости см. Главу XI). Ниже приведен примерный сценарий такого последовательного развития семейного алкоголизма. Жена приобретает алкоголь для мужа, чтобы он не алкоголизировался «где попало и с кем попало», а был дома «под контролем». Во время алкоголизации жена присутствует вместе с мужем, поддерживая беседу, сама может выпивать. В последующем для собственной алкоголизации у жены появляется мотив «чтобы ему меньше досталось». В дальнейшем присоединяются и другие мотивы: снять усталость, забыться от накопившихся домашних забот и т. д. Учитывая прогрессирующее развитие алкоголизма у женщин, пристрастие к спиртному при таком жизненном сценарии формируется достаточно быстро, и в ряде случаев жена по тяжести развития заболевания «обгоняет» собственного мужа-алкоголика. В результате формируется алкогольная семья.

Л. К. Шайдукова (1992) выделила три типа алкогольных семей: 1) *Алкогольно-социопатический тип* характеризовался грубым нарушением социальных ролей, попранием общественных норм. Для этих семей была свойственна ранняя обоюдная алкоголизация, злокачественное течение заболевания, ранние психопатоподобные формы реагирования (у жен чаще истероэмоциональные, у мужей —. эксплозивные) с быстрым формированием измененных форм опьянения, стремлением к групповым формам

употребления алкоголя. Широкий диапазон приемлемости алкоголя у супругой был обусловлен семейными (родительскими) формами алкоголизма. Если у молодых супругов асоциальность проявлялась в поведенческой сфере, то при 5-10 летнем «стаже» социопатия затрагивала и другие сферы — общественно-трудовую, семейно-бытовую: супруги совершали противоправные поступки, прерывали трудовую деятельность, не справлялись с воспитательными и хозяйственными функциями семьи. В наиболее тяжелых случаях контуры семьи полностью нарушались — семья превращалась в притон. Совместное употребление алкоголя объяснялось супругами желанием «поднять настроение», «скрасить жизнь», «продлить молодость», «для куража», «от скуки», «для бодрости», а совместная алкоголизация изначально обставлялась в виде «гулянок», «загулов» и т. д.

2) *Алкогольно-невротический тип семьи* характеризовался сочетанием алкоголизма и невротического типа взаимоотношений. Совместная алкоголизация была вызвана стремлением «расслабиться», «поднять настроение», «улучшить отношения», «найти общий язык» в случаях, когда семейные проблемы были первичными. Алкоголь служил средством для снятия постконфликтного напряжения и улучшения межличностного взаимодействия. В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, СВЯЗАННЫМИ с алкоголизмом одного из супругов, мотивы алкоголизации другого супружеского партнера были иные — «назло мужу», «чтобы успокоится», «забыть обиды», «наказать своим пьянством мужа», «от безысходности». Иными словами, преобладала сугубо личностная мотивация пьянства.

3) *Алкогольно-олигофреноподобный тип* характеризовался недоразвитием у супругов практически всех сфер жизнедеятельности. Эти лица стояли на низком уровне и по образованию, и по социальному статусу, и по духовно-нравственному развитию. Употребление крепких алкогольных напитков с самого начала опиралось на сильные алкогольные традиции. Вместе с тем грубой социальной дезадаптацией не отмечалось — супруги изначально выполняли малоквалифицированную работу. Мотивы совместной алкоголизации отличались от предыдущих: «для порядка», «как положено», «уважить родственников», «не ударить лицом в грязь», «чтобы все как у людей», а у женщин: «не рассердить мужа», «чтобы не было скандала», «чтоб ему меньше досталось»,

следовательно, здесь преобладала псевдотрадиционная и адаптационная мотивация,

Очевидно, что условием успешной терапии семейных форм алкоголизма должно быть одновременное лечение обоих супругов с обязательным использованием семейной психотерапии. В принципе прогноз при семейном алкоголизме хуже, поскольку возможный рецидив заболевания у одного из супругов провоцирует рецидив у другого.

Внутриутробные последствия злоупотребления алкоголем

По данным американских исследователей, до 20% женщин в США употребляют алкоголь и курят во время беременности (Паут и др., 1998). Последствия воздействия алкоголя и других наркотиков на плод зависят от стадии эмбрионального развития. Беременность делится на три триместра. Большая часть онтогенеза происходит в первые 8 недель. В этот период зародышевые ткани наиболее чувствительны к действию алкоголя и наркотиков, употребление которых приводит к тяжелым порокам развития, врожденным дефектам, выкидышам. Сформировавшиеся в первом триместре органы системы зародыша продолжают свое развитие и в последующие триместры. В результате воздействия вредных веществ отмечаются функциональные дефекты, замедление внутриутробного роста, разрыв околоплодных оболочек и преждевременные роды.

Беременность меняет течение многих процессов в организме женщины, в том числе и распределение алкоголя и наркотиков. Полученные из крови матери токсические вещества затем неравномерно распределяются в кровообращении плода. Примерно 55% пупочной венозной крови поступает через венозный проток, минуя печень и легкие плода. Поэтому верхние органы тела могут получать кровь, не прошедшую через печень и легкие, т. е. с более высоким содержанием наркотиков. Кроме того, этанол накапливается в амниотической жидкости, когда в крови матери его уже нет. Это означает, что однократно принятый алкоголь длительно действует на плод. Сочетанное использование алкоголя и сигарет усиливает вредные последствия.

Характер воздействия алкоголя на плод впервые был описан Лемонье во Франции в 1968 г. («карнавальные дети») и назван

Джонсом в 1973 году алкогольным синдромом плода (АСП). Критерии диагноза: 1) наличие пре- и постнатальной ретардации; 2) характерный набор черепно-лицевых аномалий (узкие глазные щели, недоразвитая верхняя губа с тонкой красной каймой, в дальнейшем удлиненное лицо со вздернутым носом) (Рис. 4.1); 3) нарушение ЦНС (повышенная возбудимость, судороги, мозжечковая дисфункция); 4) морфологические дефекты органов (аномалии суставов, конечностей, пороки сердца, фиброз печени, нарушения половых органов). Риск выкидыша увеличивается в 2-4 раза. Во время абстинентного синдрома у беременной возрастает риск преждевременных родов.

АСП встречается с частотой 1-3 случая на 1000 новорожденных. Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, АСП встречается значительно чаще — 25 случаев на 1000 новорожденных.

Количество и длительность приема алкоголя матерью имеют прямое влияние на тяжесть и обширность физических и невроло-



Рис. 4.1. Лицевые признаки алкогольного синдрома плода (Наркология, 1998).

гических признаков, связанных с АСП. Чаще всего в клинической практике встречаются пациенты с последствиями злоупотребления алкоголем родителей без выраженного АСП. Снижение уровня употребления алкоголя приводит к более легкому синдрому, названному «плодным алкогольным эффектом», который может проявляться от минимальной мозговой дисфункции и инфантильности до умственной отсталости и эпилепсии.

Согласно подсчетам, произведенным американскими исследователями, при дневном употреблении матерью 150 мл чистого спирта в 1/3 случаев рождаются дети с АСП, в 1/3 — с плодным алкогольным эффектом, в 1/3 — нормальные дети.

Литература

1. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. М.: 2000. С. 116-134.
2. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
3. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 214 с.
4. Моховиков А. Н. Синдром алкогольной эмбриопатии (обзор) // МРЖ. 1983. № 6. С. 1-7
5. Наркология / Ред. Л. С. Фридман и др. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.
6. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
7. Шайдукова Л. К. Супружеский алкоголизм: типы семей и мотивы совместного употребления алкоголя // Обозрение психиатрии и мед. психологии. 1992. № 4. С. 106-108.

Глава V.

АЛКОГОЛИЗМ И ДРУГИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Алкоголизм часто сочетается с другими нервно-психическими расстройствами. По некоторым данным эта сочетаемость (коморбидность) может достигать 78% (Ross et al., 1988). С алкоголизмом сочетаются органические заболевания мозга, психопатии, аффективные расстройства и шизофрения, неврозы и т. д.

Алкоголизм в сочетании с черепно-мозговой травмой и другими экзогенно-органическими заболеваниями. Алкоголизм и черепно-мозговая травма (ЧМТ) достаточно часто сочетаются. Особенности психики больных с ЧМТ заключаются в том, что они быстро истощаются, утомляются, повышено возбудимы, склонны к психогенным реакциям. Эти черты психопатизируют личность, что, в свою очередь, приводит к социальной дезадаптации, которая способствует алкоголизации (Дунаевский, Стяжкин, 1991).

ЧМТ может предшествовать алкоголизму и ускоряет течение алкоголизма. Полученная во время формирующейся зависимости ЧМТ приводит к злокачественному протеканию болезни. ЧМТ всегда сопровождается астенической симптоматикой, которая определяет более низкую толерантность к спиртным напиткам и рано приводит к развитию измененных форм опьянения. Опьянение чаще протекает по эксплозивному, дисфорическому и истероидному типу и сопровождается поведенческими расстройствами и нередко агрессивностью. В целом для этой категории лиц в опьянении характерна выраженная лабильность аффекта. Атипичное алкогольное опьянение может встречаться уже на этапе бытового пьянства. В абстинентном состоянии часто встречаются палимпсесты и амнезии, судорожные припадки. Выражены вегетативные проявления, прежде всего головные боли. По мере

развития заболевания прогрессивно нарастает снижение памяти и интеллекта.

Таким образом, ЧМТ создает благоприятный фон развития алкоголизма. В этих случаях речь идет о взаимовлиянии, взаимном утяжелении двух болезненных процессов, которое может быть выражено своеобразным «наркологическим неравенством»: $1 + 1 > 2$. Суть подобного неравенства заключается в том, что клинические особенности алкоголизма при сочетании его с ЧМТ — агрессивное поведение в опьянении, судорожные припадки и т. д. — увеличивают вероятность повторных мозговых травм, а состояние после травмы (астения), в свою очередь, способствует алкоголизации.

Кроме ЧМТ, к экзогенно-органическим заболеваниям относятся сосудистые, инфекционные, интоксикационные и др. поражения головного мозга. Во всех случаях сочетания экзогенно-органических заболеваний мозга также будет иметь место благоприятный фон для развития алкоголизма и часто взаимное утяжеление обоих процессов. Так, атеросклероз сосудов головного мозга в сочетании с алкоголизмом приводит к злокачественному течению обоих заболеваний. Слабоумие может возникнуть уже в относительно молодом возрасте. Часто возникают психозы, клиническая картина которых имеет смешанный характер, проявляясь симптомами и алкоголизма, и церебрального атеросклероза. Такие психозы быстро приводят к формированию исходных дефектных состояний.

Алкоголизм и эпилепсия. Эпилептические припадки находятся в тесных патогенетических взаимоотношениях с алкоголизмом. Особенно близка эта связь с абстинентным синдромом — 85% всех случаев эпилептических припадков у больных алкоголизмом отмечается в абстиненции (Альтшулер, 1999). Припадки отмечаются и у 50% больных белой горячкой, свидетельствуя о тяжелом течении психоза. Реже припадки возникают на высоте тяжелого запоя. Все эти случаи объединяются под названием «алкогольная эпилепсия».

Кроме того, многие авторы связывали склонность к запойному пьянству (истинные запои) с эпилептической конституцией или даже со скрытой эпилепсией. Случаи внезапно начинающейся и также внезапно заканчивающейся массивной алкоголизации (дипсомании), встречающиеся при эпилепсии, традиционно относятся

к специфическим расстройствам влечений. Алкоголизм чаще всего развивается у больных с т. н. симптоматической эпилепсией, в частности при эпилепсии травматического происхождения.

Начало алкоголизации обычно связано со стремлением больных снять чувство напряженности, раздражительности, избавиться от подавленного настроения. Алкоголь повышает судорожную готовность и может спровоцировать припадок. Состояние опьянения протекает у этих больных, как правило, в дисфорической форме. Они становятся придирчивыми, агрессивными, склонны к правонарушениям. Может наблюдаться патологическое опьянение с расстройством сознания и криминальными действиями.

Алкоголизм у больных с генуинной эпилепсией (когда не удается выявить экзогенных факторов возникновения заболевания) обычно также характеризуется тяжелым течением, отличаясь быстрым формированием и большой силой патологического влечения к алкоголю, запойным типом злоупотребления и атипичным алкогольным опьянением.

Таким образом, осложнение эпилепсии алкоголизмом утяжеляя все ее проявления — увеличивается частота и полиморфизм припадков, быстрее нарастают изменения личности, которые, в свою очередь, способствуют алкоголизации. Сочетание двух процессов, так же как и в случае с экзогенно-органическими расстройствами, происходит по правилам «наркологического неравенства»: $1 + 1 > 2$, затрудняет лечение и ухудшает прогноз.

Алкоголизм и расстройства личности (психопатии). По некоторым данным психопатические личности составляют до 20% больных алкоголизмом мужчин и до 5% больных алкоголизмом женщин (Schukit, 1989). По другим данным число больных с расстройством личности среди алкоголиков достигает 42% — более чем в 20 раз выше, чем в общей популяции (Ross et al., 1988). Причины этого заключаются в том, что патологические черты характера, носителем которых является психопат, вызывают социальную дезадаптацию, создающую, в свою очередь, благоприятный фон для развития сперва пьянства, а потом и алкоголизма. Алкоголизм обычно формируется у психопатов в молодом возрасте. Роль различных типов психопатической конституции в формировании раннего алкоголизма будет подробно освещаться в Главе X.

Независимо от типа расстройства личности и соответствующего набора аномальных личностных особенностей взаимоотно-

шения психопата и его ближайшего окружения характеризуются напряженностью, конфликтностью, неспособностью считаться с чужим мнением, социальной изолированностью. Колебания настроения, сниженный самоконтроль, импульсивность, потребность в немедленном отреагировании и снятии напряжения, поиски легкого получения удовольствий делают понятной частоту злоупотребления алкоголем у психопатов. Предпосылками развития алкоголизма у них является ослабление морального чувства, этическое снижение, общая незрелость, что выражается в эгоцентризме, эгоизме, неприятии существующих нравственных и правовых норм, безответственности.

Следует отметить, что во многих случаях симптоматика алкоголизма, выраженность и динамика основных синдромов заболевания у психопатических личностей не отличается особой тяжестью. Однако психопатическая симптоматика под влиянием алкоголизма резко усиливается, и больные, даже в I стадии, создают острейшие социальные проблемы и представляют большие терапевтические трудности. В целом, сочетание расстройства личности и алкоголизма прогностически неблагоприятно.

Алкоголизм и шизофрения. Эти два заболевания сочетаются примерно в 10% случаев. Причем шизофрения чаще предшествует алкоголизму.

Существуют два аспекта взаимовлияния алкоголизма и шизофрении (Альтшулер, 1999). Первый из них связан с влиянием шизофрении на алкоголизм. В начале шизофренического процесса, особенно при вялотекущем типе течения, алкоголь применяется для общения, чтобы преодолеть замкнутость, а также снять психическое напряжение, тоску и тревогу. Во время рецидива шизофрении пьянство может приобретать запойный характер и напоминать дипсоманию. Главная отличительная черта — отсутствие внешней обусловленности для алкогольных эксцессов. Опьянение протекает по дисфорическому, истероидному типу с импульсивными поступками, нелепым поведением, дурашливостью. Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что в этом случае симптоматика алкоголизма (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром) оказываются в значительной мере стертыми. Это выражается в отсутствии «напора» в проявлениях влечения: нет предприимчивости, изобретательности, аргументации, эмоциональной заряженности, сопротивления

лечению, активных поисков спиртного. Больные пассивно подчиняются режиму, сохраняют ровное настроение, невозмутимо отрицают желание выпить. Абстинентный синдром ограничен астеническими, апатическими, субдепрессивными и ипохондрическими проявлениями без назойливости, жалоб и просьб. Наоборот, алкогольная деградация развивается быстро, приобретая черты опущенности, тупого безразличия к судьбе и к окружающим, опустошенности и пассивности, что ведет к возобновлению алкоголизации при первой возможности и малейшем поводе.

Второй аспект проблемы связан с влиянием алкоголизма на шизофрению. Алкоголь вызывает усиление, обострение и оживление галлюцинаторно-бредовой симптоматики, ускоряет рецидив болезни, учащает госпитализацию больных. Психопатологическая симптоматика нередко приобретает атипичный для шизофрении вид — зрительные галлюцинации, делириозные переживания.

Вместе с тем отмечается смягчение, «размывание» шизофренического дефекта за счет большей общительности, живости, активности, синтонности, иногда сохранении социальных связей, что нехарактерно для больных шизофренией без алкоголизма. Впервые описавший в 1909 году эти особенности дефекта шизофреников-алкоголиков швейцарский психиатр Грётер характеризует их простым сложением противоположных изменений в эмоционально-волевой сфере, которые характерны для этих заболеваний. Позже основоположник современного учения о шизофрении Э. Крепелин объяснил это обилием социальных контактов, которые характерны для алкоголизма и препятствуют шизофренической аутизации. В дальнейшем эту точку зрения развивал С. Т. Жислин (1965), который говорил о «редуцированной шизофрении» при алкоголизме.

В более поздних исследованиях (Семичев, Соловьев, 1978) отмечается, что существуют два типа взаимоотношений алкоголизма и шизофрении: в одном случае алкоголизм смягчает течение шизофрении, в другом — утяжеляет. Смягченному, менее злокачественному течению шизофрении соответствует меньшая степень алкоголизации в анамнезе (бытовое пьянство), реже алкоголизация наблюдается непосредственно перед манифестацией — у более экстравертированного преморбидного типа. Утяжеленному, более злокачественному течению шизофрении соответствует более выраженная степень алкоголизации в анамнезе (хронический

алкоголизм), алкоголизация чаще наблюдается непосредственно перед манифестацией, которая не всегда сочетается с алкоголизацией в анамнезе, представляя собой вариант дебюта шизофрении и более интровертированный преморбидный тип. Определенную роль в становлении хронического алкоголизма при шизофрении играет наследственная отягощенность алкоголизмом.

В целом, течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, неблагоприятное, поскольку такое сочетание плохо поддается лечению и отличается крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий. С другой стороны, нередко наблюдаемые спонтанные длительные ремиссии алкоголизма у больных шизофренией связаны либо с обострением галлюцинаторно-бредовой симптоматики, либо с развитием дефекта.

Алкоголизм и аффективные расстройства (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия). Аффективные расстройства чаще проявляются чередованием маниакальных и депрессивных фаз либо возникновением только депрессивных состояний. Периодическое возникновение исключительно маниакального состояния (мании) встречается очень редко. Иногда заболевание протекает в стертой форме, когда аффективные нарушения не достигают психотического уровня. Такое заболевание получило название циклотимия.

Алкоголизация отмечается и в маниакальном состоянии, и в депрессии. Одной из составляющих мании является расторможенность влечений. В силу этого больные легко заводят легкомысленные связи, алкоголизируются в компании случайных лиц, пропивают имеющиеся у них ценности. Отмечается маниакальный тип опьянения. Купирование маниакального состояния обычно приводит к прекращению алкоголизации, толерантность возвращается к исходному уровню (Дунаевский, Стяжкин, 1991).

Тяжелые запои чаще встречаются при депрессиях и субдепрессивных состояниях. Алкоголь, повышая настроение, психомоторную активность существенно облегчает состояние больных. При этом возникает установка на повторный прием спиртного, что ведет к развитию запоя. Вместе с тем опьянение может протекать по депрессивному типу. В этом случае увеличивается риск суицида.

Алкогольные эксцессы приобретают характер дипсомании, т. е. характеризуются неудержимым влечением, высокой толерантностью, утратой количественного и ситуационного контроля.

По окончании депрессивной фазы зависимости к алкоголю обычно не возникает. В некоторых случаях во время ремиссии аффективного психоза к алкоголю отмечается стойкое отвращение. При циклотимии алкоголизм встречается чаще, чем при аффективном психозе, т. к. при обострении эти больные, как правило, не госпитализируются. Госпитализация больного в психиатрический стационар делает невозможным дальнейший прием спиртного.

Алкоголизм и умственная отсталость. Умственная отсталость (олигофрения) характеризуется снижением интеллекта, недостаточной критикой, общим психическим недоразвитием разной степени выраженности. Алкоголизироваться могут лица с легкой и умеренной умственной отсталостью. Очевидно, что знакомство с алкоголем лиц с тяжелой и глубокой умственной отсталостью маловероятно.

При умственной отсталости отмечается ранняя алкоголизация. Из-за легкой внушаемости, снижения критики начинают пить в компании сверстников или старших. Движущим мотивом являются любопытство, подражательство. В начальных стадиях характерен прием значительных доз алкоголя, приводящих к отравлению, вследствие снижения критики и контроля. В абстинентном синдроме сглажен эмоциональный компонент. Часты палимпсесты и амнезии. По мере нарастания алкоголизма происходят изменения личности по эксплозивному и апатическому типу с последующим нарастанием слабоумия. Быстро наступает третья стадия.

Алкоголизм и неврозы. В генезе неврозов лежат, как правило, хронические психотравмирующие ситуации. Следствием психотравмы являются невротические реакции, которые через этап невротического развития закрепляются в неврозе как заболевании. Симптоматика неврозов неспецифична и полиморфна. Тем не менее независимо от типа невроза почти всегда присутствуют такие симптомы, как пониженное настроение, страхи, тревога, опасения. Пытаясь снять эти ощущения, больные начинают употреблять спиртные напитки. Зачастую алкоголь уже в дебюте невроза употребляется в одиночку. В абстиненции выражен психический компонент с фобиями, тревогой. Соматовегетативные проявления могут приобретать ипохондрический характер.

Употребление спиртных напитков от периодического становится систематическим. В периоды воздержания от алкоголя не-

медленно усиливается невротическая симптоматика. Образуется своего рода порочный круг, иллюстрацией которого может быть алкоголизация при неврозе навязчивых состояний. При неврозе навязчивых состояний, помимо собственно obsessions и фобий, обязательно присутствует выраженная тревога. Для купирования этой симптоматики больной прибегает к спиртному. На следующий день после алкогольного эксцесса навязчивости, страхи и тревога усиливаются, что «требуется» возобновления приема алкоголя и т. д.

Течение алкоголизма при неврозе может быть медленным и малопрогрессирующим. Но оно может быть и злокачественным, с быстро меняющимися стадиями, внутри которых идет активная трансформация основных симптомов болезни, изменения личности и углубление алкогольной деградации (Бабаян, Гонопольский, 1987).

Литература

1. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. П. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
2. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. - 336 с.
3. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 214 с.
4. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.

Глава VI.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

К алкогольным (метаалкогольным)* психозам относятся психотические состояния, экзогенного происхождения с острым, затяжным и хроническим течением, возникающие на 2-й и 3-й стадиях алкоголизма. У лиц с хроническим алкоголизмом, по данным ВОЗ, алкогольные психозы возникают в 10% случаев. Клинически выделяют острые метаалкогольные психозы — делирии, галлюцинозы и бредовые психозы и энцефалопатии.

Алкогольный делирий (белая горячка, состояние отмены с делирием — F10.4 по МКБ-10)

Алкогольный делирий — самая частая форма, составляющая более 75% всех алкогольных психозов. Выделяют четыре формы: классический, редуцированный, атипичный, тяжелый (мусситирующий, профессиональный).

Классический делирий обычно развивается на фоне абстинентного синдрома после длительного запоя при резкой отмене алкоголя или при присоединении соматических заболеваний (особенно травм, хирургических вмешательств).

Начальные признаки: ухудшение ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами и частыми пробуждениями, вегетатив-

* Термин «алкогольные психозы» отражает прежние взгляды на природу психозов при алкоголизме, когда их причиной считалось непосредственное воздействие алкоголя на мозг. Позднее было установлено, что психозы развиваются преимущественно в случаях поражения внутренних органов в результате длительной интоксикации. Такие психозы в современной литературе принято называть метаалкогольными.

ные симптомы (потливость, тремор), общая оживленность больного, лабильность аффекта. Делирий начинается обычно в вечерние часы. Появляются зрительные иллюзии, в ряде случаев лишённые объёмности зрительные галлюцинации — «кино на стенке», с сохранностью критического отношения к ним. Отмечается неполная ориентировка в месте и времени. Мимика и движения оживлены, внимание легко отвлекается, настроение изменчиво, с быстрой сменой противоположных аффектов.

В развернутой стадии делирия появляется полная бессонница, иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями, возникают истинные зрительные галлюцинации. Преобладают множественные, образные и подвижные, иногда микроспические галлюцинации (насекомые, грызуны, змеи, а также паутина, проволока, черная нитка). Реже видят фантастических животных, людей, человекоподобных существ, представителей «нечистой силы». Галлюцинации могут калейдоскопически менять друг друга. При углублении делирия встречаются слуховые, тактильные и обонятельные галлюцинации. Приведем описание одного клинического наблюдения.

Больной Д., 36 лет, во время одного из делириозных эпизодов лежал в кровати в позе роженицы с раздвинутыми и согнутыми в коленях ногами. В состоянии ужаса он кричал, что «рожает котят». При этом все мышцы были напряжены. Он видел, чувствовал, как котята, «родившись», бегают по кровати, по телу, слышал, как они жалобно мяукают. Просил персонал и окружающих помочь «принять роды, а то весь разорвусь». Всего «родилось» 26 котят. После этого галлюцинаторные переживания резко поменялись, и больной, вскочив с кровати, начал отбиваться от змей и «маленьких крокодилов», которые заползали на кровать и одеяло. Для того, чтобы поставить капельницу с лекарствами, персонал вынужден был прибегнуть к ограничению больного.

При делирии отмечается выраженная полярность аффекта. Двигательные реакции соответствуют содержанию галлюцинаций. Бред отрывочен и также соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний. Ориентировка в месте и времени нарушена, а в собственной личности сохранена. Периодически возникают светлые промежутки, особенно под влиянием внешних раздражителей (например, беседа с врачом). Психоз усиливается

к вечеру и ночью. Параллельно наблюдается множество вегетативных симптомов, повышенная температура. Без лечения психоз продолжается 3-5 дней, редко 7-10 дней. Выход из делирия обычно происходит после продолжительного сна. Иногда бывает по 2-3 делириозных эпизода, разделенных «светлыми» промежутками продолжительностью до суток. По выходе из делирия частично сохраняются воспоминания о перенесенных психотических переживаниях.

Редуцированный делирий отличается кратковременностью психотической симптоматики, неразвернутостью форм ее проявления. Психоз длится несколько часов. Расстройства восприятия и аффективные переживания нестойки. Нет нарушения ориентировки, неврологическая симптоматика слабо выражена.

Атипичный делирий включает симптоматику, более свойственную эндогенным психозам: идеаторные и двигательные автоматизмы, бред воздействия, сенестопатические и ипохондрические жалобы, деперсонализацию и дереализацию. Встречаются вербальные галлюцинации комментирующего характера, множественные тактильные галлюцинации. Интерпретация ощущений носит бредовый характер. Помрачение сознания неглубокое. После выхода из психоза несколько дней может сохраняться резидуальный (остаточный) бред.

Тяжелый делирий развивается, как правило, на фоне присоединившегося соматического заболевания. Отмечаются нарушение ориентировки и иллюзорные расстройства на фоне двигательной и аффективной неподвижности, которая сменяется аменцией (двигательным беспокойством в пределах кровати на фоне нарушенного сознания). Выделяют две формы: 1) профессиональный делирий — молчаливое двигательное возбуждение, имеющее характер автоматически повторяемых действий, связанных с профессиональной деятельностью. Речевой контакт с больным затруднен. В начальном периоде делирия встречаются ложные узнавания окружающих лиц и постоянно меняющаяся ложная ориентировка в обстановке. Сознание своего Я сохранено всегда. Об утяжелении состояния свидетельствует появление симптомов оглушения днем. При утяжелении состояния профессиональный делирий может перейти в следующую форму: 2) мусситирующий делирий. Характеризуется глубоким помрачением сознания (аменцией) в сочетании с простыми автоматическими действиями

на фоне бормотания. Речевое возбуждение представлено набором одних и тех же или различных звуков, иногда коротких слов, произносимых тихим, лишенным модуляций голосом. При утяжелении состояния бормочущий делирий сменяется глубоким оглушением и может закончиться летально. При выздоровлении амнезируется весь период болезни.

Оба варианта тяжелого делирия сопровождаются выраженными соматоневрологическими расстройствами, высокой температурой (до 41° С). Смертность при тяжелом делирии, по данным некоторых авторов, достигает 16% (Шабанов, 1999).

Алкогольные галлюцинозы (психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное — F10.52)

Это вторая по частоте группа метаалкогольных психозов. В клинической картине преобладают преимущественно слуховые галлюцинации, галлюцинаторный бред, аффективные расстройства в форме тревоги и депрессии.

Выделяют три формы алкогольного галлюциноза — острый, подострый и хронический.

Острый алкогольный галлюциноз развивается на фоне похмельного синдрома или на высоте запоя. Отличительная черта галлюциноза — сохранность всех видов ориентировки. Галлюцинации начинают появляться в вечерние часы или ночью, в том числе и при засыпании. Сперва возникают элементарные слуховые галлюцинации в виде акоазм, а затем обильные вербальные галлюцинации. Они имеют нейтральное содержание для больного, критическое отношение к ним отсутствует. В последующем на фоне тревоги, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, исходящие от разных людей, которые начинают восприниматься как «хор голосов». Они ругают, оскорбляют, угрожают расправой, обвиняют, с издевкой комментируют прошлое больного и т. д. Могут появиться «голоса», защищающие больного. Чувственность и наглядность слуховых галлюцинаций столь велика, что создается впечатление, что больной все это видит, а не слышит. Тематика галлюцинаций разнообразна и отличается изменчивостью. Тем не менее обсуждение пьянства и его последствий — одна из наиболее постоянных тем. При наплыве галлюцинаторных расстройств появляется непродолжительная

заторможенность — признаки галлюцинаторного субступора или ступора.

Уже на начальном этапе галлюциноза появляются бредовые идеи (преследования, физического уничтожения, обвинения и т. д.), содержание которых определяется содержанием галлюцинаций. Обычно говорят о «бандитах», которые преследуют. Множество конкретных деталей; четкое указание на преследование, знание конкретных мотивов и целей преследования, большое число точных фактов создают впечатление систематизированного бреда. Однако при этом почти полностью отсутствуют бредовые доказательства, чего не бывает в тех случаях, когда бред действительно систематизирован. Обилие деталей лишь отражает содержание галлюциноза. Аффективная сфера, так же как и бред, определяется содержанием галлюцинаторных переживаний. Чаще это тревога, страх, отчаянье. Вначале преобладает двигательное возбуждение, которое сопровождается самообороной, обращением в милицию или прокуратуру. Иногда совершаются общественно опасные действия, суицидные попытки. Вскоре поведение становится существенно более упорядоченным, что маскирует психоз, создает ложное и опасное представление об улучшении состояния. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Выход из психоза происходит критически после глубокого сна либо постепенно. Длительность психоза 2-5 дней, редко до 1 месяца.

Подострый (затяжной) галлюциноз продолжается от 1 до 6 месяцев. Начало сходно с острым галлюцинозом. Затем присоединяются депрессивные и бредовые расстройства. Появляются идеи самообвинения, которые начинают преобладать над остальными высказываниями. Описано три варианта подострого галлюциноза: 1) с преобладанием вербальных галлюцинаций, 2) депрессивного аффекта, 3) сочетания с бредом. Редукция психоза происходит в следующей последовательности: сперва нормализуется аффективная сфера, затем ослабевают и проходят галлюцинации и бред.

Хронический галлюциноз длится более 6-ти месяцев. Описаны случаи, продолжавшиеся 30 лет. Иногда уже первый алкогольный галлюциноз приобретает хроническое течение. Различают хронический вербальный галлюциноз без бреда и с бредом.

Чаще встречается хронический вербальный галлюциноз без бреда. Голоса отражают повседневную жизнь больного. Преобладают множественные, часто почти не прекращающиеся, истин-

ные вербальные галлюцинации, исходящие от разных лиц, иногда в форме диалога. Содержание галлюцинаций может быть различным; от угроз и издевательства до поощрений и признаний в любви. На начальном этапе содержание «голосов» накладывает серьезный отпечаток на аффективную сферу больного. В дальнейшем аффективные переживания блекнут, больные как бы сживаются со своими «голосами». Сохраняется способность выполнения не только повседневных, но и в ряде случаев профессиональных обязанностей. Интенсивность и содержание галлюцинаций может меняться, особенно под влиянием алкогольного эксцесса. В случае длительного воздержания от алкоголя галлюциноз может подвергаться редукции.

При бредовой форме хронического галлюциноза начальный период болезни сходен с безбредовой формой. Однако больные убеждены, что к ним относятся недоброжелательно или даже преследуют. Бред преследования достаточно стойкий. При продолжающихся алкогольных эксцессах возникают периодические обострения, напоминающие картину острого галлюциноза. Прогноз неблагоприятный.

Бредовые психозы (психотическое расстройство преимущественно бредовое — F10.51)

Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) развивается на фоне похмельного синдрома или на высоте запоя. Сразу, без каких-либо размышлений больным овладевает убеждение в том, что его непременно должны уничтожить. Все вокруг воспринимаются как враги. Больной внимательно следит за мимикой, жестами, высказываниями окружающих, считая, что во всем есть скрытая угроза, подготовка к покушению. Иногда больной «видит» орудия расправы над ним: в руках незнакомого человека промелькнет лезвие ножа, из его кармана выглянет рукоятка пистолета и т. д. Характерна растерянность, напряженность, Тревога, импульсивность поступков. Спасаясь бегством, больные нередко с" опасностью для жизни спрыгивают на ходу с транспорта, прячутся, убегают полураздетыми, несмотря на мороз и непогоду, в безлюдные места. Иногда совершают суицидные попытки, чтобы умереть более легкой смертью, чем переносить предсмертные мучения, которые задумали преследователи.

Многие в страхе прибегают в милицию, прося о помощи. Продолжительность психоза от нескольких дней до двух недель.

Затяжной алкогольный параноид развивается из острого. Преобладает тревожно-депрессивное настроение. Наступает систематизация бреда. «Преследователями» становятся люди, с которыми раньше складывались неприязненные отношения. У больных появляется убежденность в том, что их хотят уничтожить за собственные ошибки в прошлом, о которых они теперь сожалеют. Во внешне упорядоченном поведении при внимательном наблюдении можно увидеть признаки бреда — стремление ограничить привычный круг общения («вдруг кто-то связан с врагами»), потребность, чтобы рядом всегда кто-то был («чтобы были свидетели»), частая перемена маршрутов при поездке на работу и с работы («чтобы не выследили») и т. д. Алкогольные эксцессы утяжеляют состояние, в ряде случаев делая его рецидивирующим.

Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя) возникает почти исключительно у мужчин с параноидальными чертами характера и развивается постепенно на фоне симптомов алкогольной деградации личности. Подозрения в отношении жены сперва возникают во время запойных состояний или похмелья, затем становятся постоянными. Грубость, несдержанность, придирчивость, неопрятность больных создают реальное отчуждение супругов, касающееся и интимной сферы. Психогенный фактор служит предпосылкой для появления сверхценных идей. Их усиление и ослабление связано на данном этапе с реальными и психологически понятными поводами/ В этот период у больных преобладает дисфорический аффект. Они начинают следить за женой, буквально истязает расспросами о причинах и деталях предполагаемых измен. С пафосом предлагают признать вину, обещая в случае признания великодушно простить.

При дальнейшем прогрессировании бреда возникает непоколебимая уверенность в своей правоте. Бредовые идеи перестают зависеть от внешних обстоятельств. Более того, больной постоянно «находит» подтверждения своим переживаниям, точно устанавливает «любовника». Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе. Иногда больные начинают писать письма в организации с требованием «помешать разврату», «помочь сохранить семью».

Последующее развитие психоза может происходить по-разному. В одних случаях бред ревности остается монотематическим, становится ретроспективным: больной начинает утверждать, что жена изменяет ему уже много лет, что дети родились от предыдущих любовников и т. д. В других случаях могут присоединиться бредовые идеи иного содержания — отравления, колдовства, ущерба. В бредовом поведении возможно жестокое насилие по отношению к жене и предполагаемым «любовникам». Продолжающееся пьянство не только усиливает симптомы психоза, но и способствует агрессии. В редких случаях поведение больного на всем протяжении психоза остается упорядоченным, а патология обнаруживается после совершения криминального действия (например, убийство жены). Бред ревности плохо поддается лечению/

Энцефалопатии

Возникают на 3-й стадии алкоголизма и представляют собой сочетание психических нарушений с системными неврологическими и соматическими расстройствами. В зависимости от степени остроты психические расстройства определяются или состояниями нарушения сознания (тяжелыми делириями и различными проявлениями выключения сознания), или психоорганическим синдромом. Алкогольные энцефалопатии также подразделяются на острые и хронические.

Энцефалопатия Гайе — *Вернике* относится к острым энцефалопатиям и наиболее часто встречается. В продроме заболевания отмечаются: нарастающая астения в сочетании с расстройствами памяти. Снижается и полностью исчезает аппетит, расстраивается ночной сон, могут быть рвота, диарея, головные боли и головокружения. На этом фоне возникает психоз в виде тяжелого делирия, который считается непосредственным началом заболевания. Спустя несколько дней после появления этих нарушений отмечается оглушение или симптомы апатического ступора, переходящего в кому.

Выражены и постоянны неврологические расстройства: повышение тонуса мышц и болевой чувствительности. Часто возникают разнообразные гиперкинезы, различные по интенсивности проявления полинейропатии. Появление паралича глазодвигательных мышц, светобоязни, нистагма свидетельствуют о высшей

фазе болезни. Отмечается нарушение сердечного ритма и дыхания, лихорадка центрального происхождения, недержание кала и мочи. Кожа бледная или темно-бурая. Общее физическое состояние характеризуется прогрессирующим похуданием вплоть до кахексии. Без лечения энцефалопатия Гайе — Вернике заканчивается летально обычно на 2-й неделе от начала психоза, чему способствуют присоединившиеся заболевания, обычно пневмония.

Самым ранним признаком выздоровления служит нормализация сна, вначале лишь во вторую половину, а далее в течение всей ночи. Психоз, не приводящий к смерти, длится 1-3 месяца. Обычным исходом энцефалопатии Гайе — Вернике является психоорганический синдром, а также корсаковский психоз и редко псевдопаралич.

Корсаковский психоз (амнестический синдром F10.6) впервые описан С. С. Корсаковым в 1887 году. Корсаковский психоз возникает либо как результат энцефалопатии Гайе — Вернике, либо после делирия. Редко, в основном у пожилых людей, заболевание развивается постепенно. Психические расстройства на высоте болезни представлены триадой симптомов: амнезия, дезориентировка, парамнезии. Наряду с фиксационной амнезией (неспособностью запоминать текущие события), в той или иной мере страдает и память на события, предшествовавшие заболеванию. В соответствии с законом Рибо при резком снижении памяти на текущие события на прошлые события память может сохраняться. Нарушается воспроизведение событий во временной последовательности. Из парамнезий отмечаются псевдореминесценции и конфабуляции. Все это сопровождается более или менее выраженной амнестической дезориентировкой или ложной ориентировкой больных в месте и времени.

Пожилые больные не проявляют интереса к окружающему. Вялы, пассивны. Молодые и среднего возраста обычно живее, могут быть эйфоричны. У них, как правило, сохранены ранее приобретенные навыки и знания. Сознание болезни, в первую очередь в отношении расстройств памяти, присутствует. Нередко больные пытаются скрыть расстройство памяти с помощью различных, хотя и примитивных, приемов. Психические нарушения сочетаются с полиневропатией различной степени выраженности. Течение психоза хроническое. У лиц молодого и среднего возраста, особенно у женщин, возможно значительное улучшение.

Алкогольный псевдопаралич — в настоящее время редкое заболевание. Наблюдается преимущественно у мужчин зрелого и пожилого возраста. Развивается как после делириев и энцефалопатии Гайе — Вернике, так и постепенно. Представляет собой еще более глубокое нарушение памяти и интеллекта по сравнению с корсаковским психозом. Психические и неврологические расстройства напоминает клинику прогрессивного паралича (четвертичный сифилис). Типичны потеря приобретенных знаний, отсутствие критики к состоянию, циничность, бесцеремонность по отношению к окружающим в сочетании с тупой эйфорией и нелепой переоценкой своих возможностей вплоть до мегаломанического бреда.

Прогноз алкогольных энцефалопатий, в первую очередь Гайе — Вернике, еще до недавнего времени был тяжелым: до 50% больных умирало во время психоза. После введения реанимационных методов терапии в психиатрических больницах летальность сократилась почти в 5 раз (Шуйский. 1999).

Литература

1. Альтшулер В. Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии/ Под ред. А. С. Тиганова. М., 1999. Т. 2. С. 25(W38).
2. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. П. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
3. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 214 с.
4. Егоров А. Ю. Основы наркологии: Учеб. пособие. — СПб.: ИС-ПИП, 2000. - 46 с.
5. Лукомский И. И. Алкоголизм и алкогольные психозы. — М.: Медицина, 1963. - 451 с.
6. Международная классификация болезней. (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю. Л. Нулера, С. Ю. Циркина. - СПб.: Адис, 1994. - 303 с.
7. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. - 332 с.
8. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.

Глава VII.

МЕДИЦИНСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

Алкоголизм — это не только психическое, но и соматическое заболевание. Согласно проведенным эпидемиологическим данным, заболеваемость лиц, злоупотребляющих алкоголем, почти в два раза выше, чем в общей популяции. Продолжительность жизни людей, злоупотребляющих алкоголем, на 15-20 лет короче. Главной причиной смерти лиц, злоупотребляющих алкоголем, являются несчастные случаи и травмы. Алкоголизм как заболевание обычно не является непосредственной причиной смерти; больные умирают от сопутствующих болезней, которые развиваются вследствие снижения общей резистентности организма, поражения печени, сердца, сосудов и т. д.

Поражение пищеварительной системы

Заболевания печени наиболее характерны для алкоголизма, их выраженность определяется длительностью и тяжестью алкоголизма. Алкоголь оказывает токсическое действие непосредственно на печеночные клетки, гепатоциты, приводит к нарушению жирового обмена.

Выделяют три нарастающие по тяжести формы патологии, которые при прогрессировании алкоголизма сменяют одна другую.

1) *Алкогольная жировая дистрофия* — наиболее распространенная форма поражения печени при алкоголизме. При ней мало симптомов. Основной клинический признак — увеличение печени; край ее плотный, закругленный. Печень становится чувствительной при пальпации. Могут быть незначительные изменения в лабораторных печеночных пробах. Нередко диагноз жировой дистрофии ставится при ультразвуковом обследовании органов

брюшной полости. При длительном воздержании больных от алкоголя жировая дистрофия подвергается обратному развитию.

2) *Алкогольный гепатит* бывает хроническим и протекает в двух формах: чаще встречается персистирующий (стабильный) и реже — прогрессирующий. При длительном воздержании возможна хорошая положительная динамика, но полное выздоровление не встречается. Персистирующий гепатит клинически проявляется тяжестью в эпигастральной области. Больные жалуются на отрыжку, легкую тошноту, вздутие живота, чувство переполнения желудка. Печень увеличена, может быть болезненна. При прогрессирующем гепатите появляется рвота, анорексия и диарея. Характерна желтуха разной степени выраженности. Печень резко увеличена, болезненна. Больные худеют; может появиться субфебрильная температура. Лабораторно выявляются положительные печеночные пробы.

3) *Алкогольный цирроз печени* составляет 30-50% всех случаев цирроза печени. Различают компенсированную и декомпенсированную формы, которые, как и разновидности гепатита, могут менять одна другую. Течение цирроза прогрессирующее, однако при воздержании может быть многолетняя стабилизация процесса. При алкогольном компенсированном циррозе наблюдается стойкая анорексия, вздутие живота, утомляемость, пониженное настроение. Отмечается истончение кожных покровов и появление сосудистых звездочек, «лакированный» язык; выпадение волос, снижение либидо. При декомпенсированном циррозе печени отмечаются портальная гипертензия, асцит, кровотечение из вен пищевода, желтуха, нарастание печеночной недостаточности с переходом в печеночную кому и летальным исходом. В этих случаях развивается тошнота, рвота, анорексия. Кожные покровы имеют либо желтушный, либо сероватый оттенок.

Заболевания поджелудочной железы встречаются у 1/4 больных алкоголизмом. Алкоголь усиливает секрецию ферментов поджелудочной железы, одновременно вызывая спазм ее протоков. В результате ферменты как бы начинают «переваривать» саму поджелудочную железу. Воспалительный процесс может распространиться на поджелудочную железу из других отделов желудочно-кишечного тракта. Часто встречаются сочетанные поражения печени и поджелудочной железы.

Заболевания поджелудочной железы проявляются в форме острого и хронического панкреатита. Чаще бывает хронический

панкреатит с обострением после эксцесса. Больные жалуются на боли в животе слева, иррадиирующие в спину. Характерны диспептические расстройства. При обострении боль резко усиливается, носит опоясывающий характер, возникает многократная рвота, температура, задержка стула. После обострения в поджелудочной железе возникают очаги некроза.

Заболевания желудочно-кишечного тракта проявляются обычно в виде воспалительного процесса. Обусловлены воздействием алкоголя на слизистую. Чаще всего бывает алкогольный гастрит (у 95% больных алкоголизмом). Характерны нарушения секреторной функции желудка. Больные жалуются на отрыжку, тошноту, снижение аппетита, боли в эпигастральной области. Клиническая картина гастрита часто маскируется проявлениями абстинентного синдрома. В тяжелых случаях бывает рвота натощак с примесью крови в рвотных массах, иногда мучительная, многократная. При гастрите происходит нарушение всасывания витаминов, особенно группы В.

Изменения в отдельных частях пищеварительной системы начинаются уже в полости рта, где алкоголь подавляет секрецию слюны. Изменяется моторная функция пищевода. Это ведет как к нарушению процесса глотания, так и забросу желудочного содержимого в пищевод (рефлюкс эзофагит). Рефлюкс эзофагит связан с воздействием алкоголя на нижний пищеводный сфинктер. Клинически рефлюкс проявляется болями в эпигастральной области, изжогой, рвотой.

Злоупотребление алкоголем служит одним из многочисленных факторов, способствующих развитию язвенной болезни и утяжеляющих ее течение.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Отрицательное влияние алкоголя на сердечно-сосудистую систему многообразно. У многих больных алкоголизмом обнаруживаются признаки особой формы кардиомиопатии, которая считается специфической формой патологии сердца. Кроме того, алкоголь играет существенную роль в развитии и утяжелении таких сердечно-сосудистых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушение мозгового кровообращения, облитерирующие заболевания сосудов.

Алкогольная кардиомиопатия обусловлена непосредственным токсическим действием алкоголя на миокард. Заболевание развивается далеко не у всех лиц, злоупотребляющих алкоголем. Скрытая недостаточность сердечной мышцы обычно предшествует злоупотреблению.

Клинические проявления кардиомиопатия обусловлены в первую очередь сердечной недостаточностью с нарушением сократительной функции миокарда. Регистрируется стойкая тахикардия, одышка, отеки на ногах к концу дня. Сердце увеличено в объеме, стенки истончаются. В случае прекращения алкоголизации возможна приостановка прогрессирования сердечной недостаточности. В случае продолжения — декомпенсация сердечной деятельности. В последнем случае предотвратить неизбежный летальный исход может лишь трансплантация сердца.

Поражение иммунной системы

Хроническое злоупотребление спиртными напитками приводит к подавлению фагоцитоза — важнейшего защитного антиинфекционного механизма. Снижается уровень лизоцима, белка, содержащегося в слюне, слезах, тканях различных органов, скелетных мышцах и обладающего антимикробным действием.

Система лимфоцитов также претерпевает серьезные изменения под влиянием хронического употребления алкоголя. Этанол вызывает стойкое снижение продукции лимфоцитов, главным образом за счет Т-лимфоцитов, отвечающих за противоопухолевый иммунитет. Это повышает риск возникновения онкологических заболеваний. Активность В-лимфоцитов увеличивается, из-за чего растёт риск аутоиммунных реакций (аллергии).

Поражение дыхательной системы

Изменения в дыхательной системе связаны со способностью легких выделять в неизмененном виде этанол и ацетальдегид и повышенной вероятностью аспирации различных количеств пищи. Алкоголь и уксусный альдегид, выделяясь в альвеолы, оказывает токсическое влияние на клетки легочной ткани. Повреждаются также стенки бронхов и трахеи. В конце концов это приводит к развитию бронхоэктазов и эмфиземы легких.

Рвота во время тяжелого алкогольного опьянения может сопровождаться аспирацией рвотных масс, которая приводит к смерти от асфиксии. Нарушение перистальтики пищевода, акта глотания, а также рефлюксы и рвота приводят к аспирации пищи, которая является источником инфекции во многих случаях возникновения пневмоний. Пневмонии часто протекают с развитием осложнений в виде абсцессов легкого или плеврита.

Неврологические осложнения

В данном разделе рассматриваются только те неврологические нарушения, которые проявляются вне рамок энцефалопатии, (см. Главу VI). Часть неврологических проявлений рассматривались при описании алкогольного абстинентного синдрома.

При хроническом употреблении наиболее часто встречается алкогольная полиневропатия (у 20-30% страдающих алкоголизмом). Суть патологии заключается в разрушении периферических нервных волокон, обусловленном длительным токсическим действием алкоголя, наряду с дефицитом витаминов группы В, а также никотиновой кислоты. Подчеркивается особая роль поражения печени, усиливающего токсическое действие этанола на периферическую нервную систему.

Клинически полиневропатия проявляется многообразными неприятными ощущениями: онемением конечностей, «ползанием мурашек», стягиванием мышц (чаще нижних конечностей). Возможны тянущие, жгучие или колющие ощущения. В ряде случаев больные жалуются на резкую слабость в ногах, приводящую к почти полной обездвиженности. Иногда говорят, что сводит руки или ноги. Объективно невропатия сопровождается снижением болевой, тактильной и температурной чувствительности. Паретические изменения мышц голени приводят к нарушениям походки, которая получила точное название: «петушиная походка». Прогноз алкогольной полиневропатии при стойком воздержании от алкоголя и адекватной терапии достаточно благоприятен.

Поражения половых желез и сексуальные нарушения

Снижение сексуальной функции встречается у трети лиц, злоупотребляющих алкоголем. Вследствие алкогольной импотенции у мужчин легко возникают функциональные нарушения цент-

ральной нервной системы — невроты, реактивные депрессии. У женщин под влиянием алкоголя рано прекращается Менструальный цикл, снижается способность к деторождению, развивается бесплодие; чаще встречается патология беременности — токсикозы, выкидыши.

В начальных стадиях алкоголь усиливает сексуальное влечение, улучшает эрекцию, задерживает эякуляцию. Это создает дополнительные стимулы для употребления алкоголя. Сексуальность у жен, мужья которых страдают алкоголизмом, в первые месяцы супружества пробуждается в два раза чаще, чем в обычных условиях (Шабанов, 1999). Это обстоятельство вызывает необходимость у мужей поддерживать соответствующий ритм и уровень половых отношений, который со временем становится для них непосильным. Женщина с искусственно завышенным уровнем сексуальных притязаний начинает упрекать мужа в несостоятельности. Такие упреки наносят сильное психотравмирующее воздействие, что способствует дальнейшей алкоголизации для стимуляции половой активности. В результате такой женской тактики мужчина начинает оправдывать свое пьянство дурным характером жены и уровнем ее сексуальных притязаний. Последствием массивной хронической алкоголизации является выраженный спад и угнетение половых функций и, как результат, усугубление конфликта в семье. У 50% алкоголиков во 2-й стадии возникают сексуальные проблемы. Очевидно, что большое значение при этом имеет наличие психологического конфликта.

У жен алкоголиков также развиваются различные нарушения половых функций вследствие невроза и психологической реакции неприятия и протеста. Женщины все чаще избегают половых контактов с мужем, особенно когда он находится в состоянии алкогольного опьянения. Если половой акт и происходит, то женщина все реже испытывает чувство удовлетворения. В конце концов это может привести к вторичной аноргазмии.

Нарушения сексуальной функции сопровождается повышенной ревностью больных алкоголизмом. Происхождение повышенной ревности связано как с понижением половой потенции, так и с развитием чувства собственной неполноценности, которое не всегда бывает осознанным, но на ранних стадиях часто переживается больным. Патологическую ревность алкоголика следует отличать от алкогольного бреда ревности (см. *Алкогольные психозы*).

Литература

1. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
 2. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 214 с.
 3. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. - 332 с.
- Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.

Глава VIII.

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ: ТЕРМИНОЛОГИЯ. СИНДРОМОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ

Наркомании — это группа заболеваний, которые проявляются патологическим влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств, развитием зависимости от них, а также выраженными медико-социальными последствиями. В отечественной наркологии традиционно принято различать наркомании и токсикомании. К наркомании относится пристрастие к веществам, которые, согласно списку Постоянного комитета по контролю наркотиков, утвержденному Минздравом РФ, отнесены к наркотическим средствам. Злоупотребление другими веществами, не отнесенными к наркотическим, обозначается как токсикомания. Таким образом, различия между наркоманиями и токсикоманиями носят юридический, а не медицинский характер.

Основные понятия

Термин «*наркотическое вещество*» включает в себя три взаимосвязанных критерия: 1) медицинский; 2) социальный; 3) юридический. Медицинский состоит в том, что средство должно оказывать только специфическое действие на ЦНС (седативное, стимулирующее, галлюциногенное), которое было бы причиной его немедицинского применения. Иначе говоря, способность вещества вызывать эйфорию — субъективно положительный эффект от действия употребленного вещества. Социальный критерий заключается в том, что немедицинское употребление средства приобретает масштабы социально значимого явления. Юридический критерий исходит из предыдущих и требует, чтобы соответствующая инстанция (в РФ — это Правительство по представлению министра здравоохранения) признала данное средство

наркотическим и включило его в перечень наркотических веществ. Определяющим в выработке законодательства по наркотическим веществам стали международные договоры, принятые под эгидой ООН. Это Единая конвенция о наркотических средствах от 1961 года и Конвенция о психотропных веществах от 1971 года. В этих Конвенциях борьба с незаконным оборотом предусматривалась в косвенной форме, так как они были ориентированы в основном на регулирование законного оборота наркотиков и психотропных веществ и создание эффективной системы контроля, не допускающей утечки в каналы незаконного оборота.

Перечень наркотических веществ и наркотических лекарственных средств состоит из четырех списков: 1) Вещества, запрещенные для производства и применения на людях, не подлежащие включению в рецептурные справочники и учебные пособия (героин, ЛСД, мескалин, псилоцибин, каннабис, маковая соломка и т. д.). 2) Наркотические лекарственные средства, оборот которых ограничен и в отношении которых установлены меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами. Это — кодеин, кокаин, морфин, опиум, омнопон, промедол, барбамил, этаминал-натрий и др. 3) Психотропные вещества, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством. К ним относятся оксибутират натрия, фторотан, пентобарбитал, этиламфетамин. 4) Прекурсоры, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых установлены меры контроля в соответствии с законодательством. К ним относятся ацетон, перманганат калия, серная и соляная кислоты, толуол, эфедрин, лизергиновая кислота, эрготамин и др.

В нашей стране в перечень наркотиков входят не только наркотические препараты, входящие в список Конвенции 1961 года, но и вещества, приведенные в Конвенции о психотропных веществах 1971 года.

Термин *«психотропные вещества»* употребляется как с медицинских, так и с юридических позиций. Конвенция 1971 года определила, что в список психотропных веществ могут включаться только те, которые вызывают патологическое привыкание, ока-

зывают стимулирующее или депрессантное действие на ЦНС, вызывают галлюцинации или нарушения моторной функции, либо мышления, либо восприятия, либо поведения, а также если такое воздействие может представить собой проблему для здоровья населения либо социальную проблему. Психотропные средства, не включенные в списки Конвенции, определяются термином «*психоактивные вещества*».

Важна также четкая правовая классификация группы веществ, фармакологически характеризующаяся как «*стимуляторы*», часть из которых вошла в списки Конвенции 1961 года, часть в списки Конвенции 1971 года, а часть — ни в один из списков. Важно уточнить, к какой группе относятся стимуляторы: 1) к стимуляторам, отнесенным к наркотикам и находящимся под международным контролем; 2) к стимуляторам, отнесенным к психотропным веществам и находящимся под международным контролем; 3) к стимуляторам, не отнесенным к первым двум группам и соответственно под контролем не находящимся. Такое деление принципиально важно, так как очевидно, что нарушение порядка производства, использования и хранения стимуляторов, отнесенным к разным группам, влечет за собой соответствующие юридические последствия в рамках международного и национального права (Вальдман и др., 1988).

Ряд стимуляторов сделались предметом злоупотребления спортсменами. Эти стимуляторы были запрещены для применения в спорте. Постепенно список этих препаратов расширился, среди них появились препараты, оказывающие успокаивающее действие. Эти препараты получили название «*допинга*». К допингам относятся стимуляторы или психоактивные препараты, а также наркотики, психотропные, эндокринные и другие средства, которые искусственно вызывают повышенную работоспособность, снимают ощущение усталости, искусственно создают благоприятное для достижения спортивных целей физическое состояние, в связи с чем в установленном порядке включены в соответствующие юридические документы.

Следует различать два понятия: *привыкание* к веществу (необходимость увеличения дозы для достижения клинического эффекта при систематическом приеме) и *пристрастие* к веществу (необходимость повторного приема для достижения состояния

психического и физического комфорта). Привыкание существует практически ко всем лекарственным средствам, а пристрастие только к тем, которые вызывают зависимость.

Синдромология наркоманий

Поскольку различия между наркоманиями и токсикоманиями носят исключительно юридический характер, то на Западе эти понятия рассматриваются как синонимы. В документах ВОЗ предпочтение отдается объединяющему эти понятия термину «лекарственная зависимость» (drug dependence). Клинические различия наркоманий и токсикоманий определяются особенностями наркотического вещества, которое вызвало злоупотребления. Вместе с тем у всех наркоманий и токсикоманий имеются общие синдромы. И. Н. Пятницкая (1994) выделила три синдрома, составляющих большой наркоманический синдром, наличие которого отличает наркомана от здорового человека: 1) синдром измененной реактивности организма к действию наркотика; 2) синдром психической зависимости; 3) синдром физической зависимости. Кроме того существуют и другие синдромы, которые обязательно присутствуют в процессе развития наркомании.

Наркотическое опьянение, или синдром наркотического опьянения, представляет собой состояние, возникающее после приема наркотических веществ, включающее определенные психические и физические симптомы.

Из психических симптомов — это прежде всего эйфория. Эйфория складывается из эмоциональных переживаний, психических и соматических ощущений. Каждому наркотику свойственна своя структура эйфории (например: опиаты вызывают соматическое наслаждение и ощущение полного блаженства; стимуляторы — интеллектуальное просветление и подъем; ЛСД и гашиш — расстройства восприятия в сочетании с особым состоянием сознания мистического, фантастического содержания; летучие ароматические соединения — удовольствие от красочного восприятия и т. д.).

Расстройства восприятия проявляются в трех формах: 1) обострение (стимуляторы); 2) избирательность (опиаты); 3) снижение (седативные препараты). Кроме того возникают качественные нарушения восприятия: психосенсорные и иллюзорно-галлю-

цинаторные расстройства. Нарушение сенсорного синтеза проявляется дереализацией. Происходит нарушение интерорецепции — возникает чувство тепла, легкости или тяжести, восприятие схемы тела.

Расстройства мышления встречаются как количественные (замедление или ускорение), так и качественные. Общая черта — кататимность, смещение пропорции интеллектуального и эмоционального. Страдает концентрация и качество мышления. Может происходить выход мышления за рамки реальности, возникают сверхценные и бредовые идеи.

Каждый наркотик вызывает нарушения сознания разного типа и глубины от сужения до различной степени помрачения.

Соматоневрологически отмечается в основном вегетативная симптоматика. Картина зависит от наркотика и дозы. Чаще отмечается расширение зрачка, хотя при приеме опиатов и некоторых галлюциногенов — сужение. Большинство наркотиков вызывает гипертермию и гиперемию, тахикардию, подъем АД, учащение дыхания. Все наркотики на первых порах снижают аппетит и повышают либидо. После выхода из опьянения отмечается жажда и голод (особенно после приема препаратов конопли). Моторика, как правило, снижается (исключение составляют психостимуляторы).

Выход из опьянения обычно сопровождается сном, по пробуждении от которого часто возникает чувство разбитости, депрессия и тревога.

Синдром измененной реактивности включает: 1) изменение формы потребления; 2) изменение толерантности; 3) исчезновение защитных реакций при передозировке; 4) изменение формы опьянения (Пятницкая, 1994). Некоторые авторы используют термин синдром измененной толерантности (Врублевский, 2000). Синдром измененной реактивности проходит определенную динамику в течение болезни: так, на начальных этапах появляется изменение формы потребления, снижаются защитные реакции и растет толерантность, а на исходной стадии меняется форма опьянения на фоне снизившейся толерантности.

У здорового человека прием наркотиков вызывает определенные побочные эффекты. Систематический прием и достижение полного физического и психического комфорта свидетельствует об изменении реактивности организма. При отмене возникают явления абстиненции. Систематический прием становится

вынужденным. Иными словами, регулярность приема — свидетельство изменения формы потребления.

Подъем толерантности достигает на высоте болезни максимума и превышает начальную дозу в 5-10 раз у барбитуратов, в 8-10 раз у седативных препаратов, в 100-200 раз у опиатов. Организм начинает переносить многократно смертельные для здорового человека дозы. Возрастание толерантности, ее стабилизация («плато» толерантности) и снижение относят к осевым синдромам химической зависимости. В значительной степени на характере изменения толерантности основана классификация химической зависимости, в которой выделяются три стадии: I — рост, II — плато, III — снижение. Кроме того, отмечается и т. н. симптом перекрестной толерантности. Он наблюдается при сочетании употреблении нескольких видов наркотических или психоактивных веществ. Симптом заключается в быстром росте толерантности к новым веществам, которые начал употреблять больной на фоне сформировавшейся зависимости.

Защитные реакции организма — это свидетельство передозировки. Примерами защитных реакций могут быть рвота при приеме алкоголя, зуд, тошнота, резь в глазах, слюнотечение при приеме опиатов. Исчезновение защитных реакций свидетельствует о переходе организма на новый уровень реагирования, поскольку высокие дозы токсического эффекта не вызывают и не требуют защиты.

Извращение эффекта действия наркотика наступает, когда сформировались предыдущие симптомы. Снотворные и транквилизаторы не дают седации, кодеин не подавляет кашля, опий не вызывает запоров. Снижается интенсивность эйфории. Впоследствии эйфорический эффект действия наркотика меняется на тонизирующий. Это, как правило, совпадает со снижением толерантности.

Синдром психической зависимости включает патологическое влечение к наркотику и способность достигать состояния психического комфорта в интоксикации. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков и других психоактивных веществ, иногда и после однократного их приема; Можно сказать, что психическая зависимость является самым ранним и главным синдромом наркомании и в то же время самым длительным и тяжелым, который проявляется и в ремиссии.

Психопатологическая структура психической зависимости неоднородна и может быть представлена:

- обсессивными (навязчивыми) состояниями, характеризующимися борьбой мотивов и частичной критической самооценкой больным своего состояния;
- компульсивными и импульсивными состояниями с тотальной охваченностью, стремлением получить наркотик любой ценой, часто с элементами суженного сознания, без критической самооценки и учета ситуации;
- доминантными структурами сверхценного типа без борьбы мотивов, когда возможность реализации обычно обусловлена внешними ситуационными факторами.

Клинически психическая зависимость проявляется в постоянных мыслях о наркотике, повышении настроения в предвкушении его приема, подавленности — при отсутствии наркотика. Течение влечения волнообразно. Иногда оно имеет циклический характер. Например, при кокаиновой наркомании имеет место массивный прием наркотика в течение нескольких дней, за которым следует период дезактуализации и даже непереносимости. После этого возникает следующий цикл наркотизации. Психический комфорт становится возможен только в интоксикации — наркотик становится необходим для нормального функционирования.

Патологическое влечение к наркотикам может возникнуть и на фоне латентно протекающих психических расстройств, чаще всего депрессивных, тревожных, ипохондрических в рамках пограничных и эндогенных заболеваний. Кроме того, прием наркотиков может способствовать облегчению контактов с окружающими, преодолению замкнутости и отгороженности у больных с шизоидными чертами.

Синдром физической зависимости включает компульсивное (непреодолимое) влечение к наркотику, способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром.

Степень компульсивного влечения сопоставима с чувством голода и жажды. От обсессивного влечения отличается еще и тем, что способно подчинять все состояние сознания, определяет поступки и мотивацию действий. Улучшение физического состояния возникает только после приема наркотика.

Следует учитывать, что физическая зависимость и абстинентный синдром развиваются в процессе злоупотребления не каждым наркотическим или психоактивным веществом. Например, кокаиновая и ЛСД наркомания ограничивается только появлением компульсивного влечения.

Абстинентный синдром формируется постепенно, в разные сроки при различных формах наркоманий. Он наиболее сильно выражен при опиатной наркомании («ломка»). Возникает через несколько часов (до суток) после последнего приема наркотика. Состоит из нескольких фаз, сменяющих друг друга во времени. Симптомы психические и соматоневрологические определяются формой наркотика.

Абстинентный синдром — это всегда показатель сформировавшейся физической зависимости. Это состояние характеризуется необходимостью в постоянном присутствии наркотика для относительно нормального функционирования организма. Приспособившийся к постоянной интоксикации организм дает сигнал об отсутствии препарата в виде компульсивного влечения. Если наркотик не поступает, организм пытается собственными ресурсами воспроизвести состояние, вызываемое приемом наркотика. Структуры и функции, на которые направлено действие нарко-

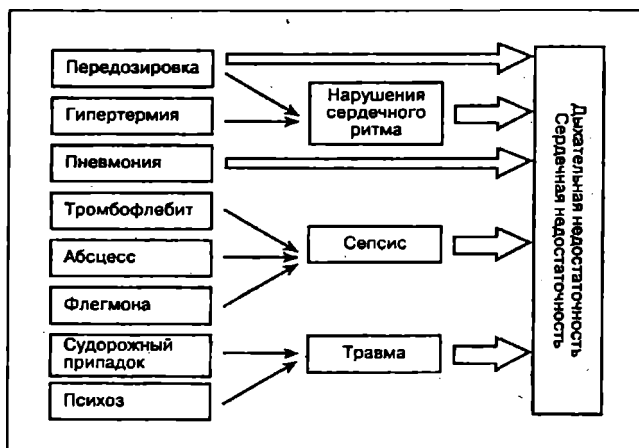


Рис 8.1. Наиболее частые осложнения наркомании (Наркомания..., 2000)

тика, приводятся в состояние, близкое к состоянию наркотической интоксикации. Отсюда некоторая общность симптомов интоксикации и абстиненции. Однако отсутствие интоксикации ведет к патологической, избыточной компенсации: вместо тонизации сосудистой системы — гипертензия, вместо активации психики — тревога, депрессия. Таким образом, абстинентный синдром представляет собой дефектную саморегуляцию, попытку организма собственными силами восстановить нарушенный гомеостаз (Пятницкая. 1994).

Синдром последствий хронической наркотизации. Различные формы химической зависимости вызывают различные и достаточно специфические проявления этого синдрома. В течении любой формы наркомании присутствует прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала, угасание влечений, потребностей как в биологическом, так и социальном смысле, снижение сопротивляемости к внешним воздействиям, прогрессирующее истощение.

Психические нарушения личности многообразны и зависят от наркотика. Развитие психического опустошения идет поэтапно: этап снижения личности, этап психопатизации, этап деменции. Степень выраженности органической психосимптоматики зависит от свойств и длительности приема наркотика. Психическая инвалидизация начинается с этапа снижения личности. Падает психическая активность, ограничиваются интересы и мотивации, упрощаются побуждения, уплощается эмоциональная сфера. Образно говоря, личность наркомана — это человек, лишенный внутреннего стержня, от которого осталась только внешняя оболочка.

Наркомания всегда сопровождается аффективными изменениями. По мере прогрессирования заболевания депрессия и тревога сменяются дисфорией. Различным формам наркомании свойственны психозы или на высоте опьянения, или в период абстиненции. Психозы при наркоманиях несут в себе все черты, свойственные экзогенно-органическим расстройствам: расстройства сознания в виде одной из форм его помрачения (делирий, онейроид и т. д.), галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Характерна быстрая динамика клинических проявлений. На период психоза отмечается амнезия, степень которой коррелирует с глубиной помрачения сознания. Психозы обычно острые, но могут принимать и затяжное течение.

Соматоневрологические изменения многочисленны (Рис. 8.1). Наркоманы, как правило, истощены, имеются выраженные трофические расстройства. С длительностью заболевания связано формирование характерного «облика наркомана»: бледность, утрата тургора кожи, блеска глаз, ногтей, волос, их ломкость, кариозное разрушение зубов, похудание. Гнойные поражения присутствуют в местах введения наркотика. Из-за тромбофлебита поверхностных вен кожа над ними пигментирована (т. н. «дорожка»). Обязательно встречаются нарушения иммунитета. Часто нарушены функции желудочно-кишечного тракта. Особенно поражается печень (вследствие прямого действия наркотика и/или в результате сопутствующего инъекционного вирусного гепатита В и С). В последнее десятилетие у нас в стране все чаще у наркоманов диагностируется СПИД. Токсическое действие на нервную систему проявляется и в центральных, и в периферических отделах. Поражаются подкорковые узлы, гипоталамус, ретикулярная формация, мозжечок. При выпадении функций развиваются парезы и параличи преимущественно в дистальных отделах нижних конечностей.

Развитие наркомании представляет процесс неуклонного последовательного появления наркоманических синдромов и осложнений хронической интоксикации. И. Н. Пятницкая (1994) выделяет пять этапов развития наркомании: 1) *Злоупотребление наркотиком, или наркотизм*. Клиники наркомании нет. Основные признаки: эйфория при приеме, предпочтение определенного наркотика, регулярность приема, колебания настроения, угасание первоначального эффекта наркотика. 2) *Продром болезни* (короткий). Как отдельный этап выделяется не всеми наркологами. Характеризуется увеличением суточной толерантности, возможностью многократного в течение дня введения наркотика. 3) *Первая стадия*. Характеризуется появлением синдромов измененной реактивности и психической зависимости: прием наркотика регулярен, защитные реакции слабеют, толерантность растет, появляется выраженная тяга к наркотику. 4) *Вторая стадия*. Полное развитие большого наркоманического синдрома: синдром измененной реактивности (измененная форма потребления, максимальная толерантность, отсутствие защитных реакций, снижается эйфорический компонент в опьянении), психическая и физическая зависимость, абстинентный синдром. 5) *Третья стадия*. Те же син-

дромы, что и во второй, только изменены из-за истощенности организма и сопутствующей патологии: падает толерантность, нет эйфории, наркотик выполняет тонизирующую функцию.

Спонтанные ремиссии при наркоманиях, как правило, не наблюдаются, а вызываются внешними причинами (госпитализация, арест, отсутствие наркотика). При лечении ремиссии выше года отмечаются у 10-50 % и зависят от формы наркомании, ее стадии, сроков и количества злоупотребления. Скорость и прогрессиентность заболевания зависит как от типа наркотика, так и от раннего начала и интенсивности злоупотребления.

Классификация наркоманий и токсикоманий

Клинические формы наркоманий и токсикоманий выделяют по психоактивному веществу, которым злоупотребляет больной. В современной классификации МКБ-10 (1994) отсутствует разница между наркоманиями и токсикоманиями. Более того, в классификации нет и самих терминов наркомания и токсикомания. Все варианты химической зависимости помещены в рубрику «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (F1). Выделяют следующие подразделы:

- F10** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя;
- F11** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов;
- F12** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов;
- F13** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных веществ;
- F14** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина;
- F15** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин;
- F16** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов;
- F17** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака;
- F18** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей;

F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ.

Для уточнения клинического состояния могут использоваться 4-й и 5-й знаки кода: **F1x.0** — острая интоксикация; **F1x.1** — употребление с вредными последствиями; **F1x.2** — синдром зависимости; **F1x.3** — состояние отмены; **F1x.4** — состояние отмены с делирием; **F1x.5** — психотическое расстройство; **F1x.6** — амнестический синдром; **F1x.7** — резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом и т. д.

Наркотическое опьянение в МКБ-10 соответствует рубрике острая интоксикация, психическая зависимость — синдрому зависимости, физическая зависимость с абстинентным синдромом укладывается в рубрику состояние отмены. Остальные рубрики используются для описания последствий хронической наркотизации.

В России учитывают классификационные построения МКБ-10, хотя в практической наркологии часто оперируют понятиями «наркомания» и «токсикомания», рассматривая различия между ними в большей степени с точки зрения существующего законодательства. Поэтому мы будем пользоваться как МКБ-10, так и традиционной отечественной классификацией. Так, достаточное распространение получила классификация токсикомании Э. А. Бабаяна (1988). Согласно этой классификации, выделяются следующие группы токсических веществ, вызывающих пристрастие: 1) снотворные средства; 2) транквилизаторы; 3) стимуляторы (сиднокарб, сиднофен, алкалоиды кофеина); 4) анальгетики (аналгин, фенацетин); 5) антипаркинсонические средства (циклодол, норакин); 6) антигистаминные средства (димедрол, пипольфен); 7) летучие ароматические соединения (растворители, пятновыводители, клеи, бензин и т.д.).

Литература

1. Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. Г В. Морозова. М., 1988. Т. 2. С. 169-218.
2. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психо-фармакологические и медико-правовые аспекты токсикомании. — М.: Медицина, 1988. - 288 с.

3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю. Л. Нулера, С. Ю. Циркина. - СПб.: Адис, 1994. - 303 с.

4. Наркомания: Метод, рекомендации по преодолению наркозависимости / Под. ред. А. Н. Гаранского. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. - 384 с.

5. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.

6. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 339-428.

7. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.

8. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.

Глава IX.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИИ

В данной главе описание наркоманий и токсикоманий будет дано в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Кроме международных названий, будут приведены наиболее распространенные традиционные названия различных видов зависимости.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов (опиатная наркомания, наркомания морфинового типа)

Опиаты относятся к группе наркотических анальгетиков. Они включают обширную группу фармакологических препаратов, получаемых из разных сортов снотворного мака, а также синтетическим путем. К наркотикам опийной группы относятся следующие препараты: натуральные — опий-сырец, маковая соломка, подсушенный млечный сок мака, чистые алколоиды опия (морфин, кодеин и др.), омнопон, кустарно приготовленные из мака препараты (ханка, кокнар); синтетические дериваты опия (метадон, промедол и др.); полусинтетические, получаемые путем химического видоизменения молекулы морфина (героин).

Опий известен человечеству с глубокой древности. Еще античные врачи времен Гиппократы использовали препараты опия для лечения меланхолии и успокоения болей. Возникновение и распространение опийной наркомании относится к более позднему периоду истории. Ее связывают с введением в медицинскую практику подкожных инъекций и шприца Праваца. В 70-е годы XIX века опийная наркомания была впервые описана как заболевание. В это же время на основе морфина был синтезирован героин, который применялся в качестве лечебного средства вплоть до начала XX века, когда стало известно, что его наркотическое действие во много раз превышает действие морфина.

В РФ опиатная наркомания является самой распространенной и по последним данным составляет до 90% всех наркоманий. В последние годы отмечается ее неуклонный рост, особенно в молодежной среде. С середины 90-х годов в структуре опийной наркомании на первое место вышел героин — препарат, вызывающий наиболее тяжелую форму наркомании. Препараты опия используются путем курения, вдыхания (интраназально), их принимают внутрь, но чаще всего вводят внутривенно.

Внутривенное введение терапевтической дозы морфина (10 мг) здоровому человеку вызывает состояние опьянения, которое проходит через несколько фаз. Первая фаза (на сленге наркоманов — «приход») наступает через 10-30 секунд после инъекции. Появляется приятный зуд кончика носа, подбородка, лба, чувство тепла в области поясницы и живота, поднимающееся вверх. Приятные кожные ощущения. Сознание сосредоточено на телесных ощущениях «прихода». Длится до 5-ти минут. Первая фаза отмечается только при внутривенном применении наркотика. Вторая фаза — «кайф, таска, волокуша, нирвана» — благодушная истома, восторг, ленивое удовольствие, тихий покой. Появляются приятные грезоподобные фантазии, визуализация представлений. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Продолжительность 3-4 часа. Третья фаза — поверхностный сон в течение 2-3 часов. Четвертая фаза — последствие. Характерно плохое самочувствие, головные боли, бессонница, иногда тревога, тошнота, мелкий тремор рук, языка, век.

Диагностика опийного опьянения не представляет трудности. Очень характерно сужение зрачка («симптом булавочной головки»), Кожа и слизистые бледные, сухие; отмечается гипотензия, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. При передозировке отмечается сноподобное состояние, которое переходит в кому. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

Развитие наркомании. Однократное применение наркотика не вызывает зависимости. Зависимость появляется после 3-5 инъекций или интраназального употребления героина, 10-15 инъекций морфина, 30 приемов кодеина. В среднем этап эпизодического введения препарата продолжается 2-3 месяца. Если прием наркотика с самого начала становится регулярным, то период наркотизма сокращается до 1-2 недель.

Отличительным признаком опиатной зависимости является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются в ряде случаев для терапевтических целей.

Первая стадия. Регулярность наркотизации — начало первой стадии заболевания. Сон поверхностный, аппетит подавлен, уменьшается количество мочи, запоры. Постепенно растут дозы. Отсутствие наркотика проявляется через 1-2 суток в основном в форме психических расстройств. Продолжительность первой стадии при инъекционном приеме от 2 до 4-х месяцев, при приеме кодеина — до полугода, при употреблении внутрь маковой соломки — до нескольких лет.

Вторая стадия. Резко выросла толерантность (в 100-300 раз). Изменяется физиологическое действие наркотика — исчезают запоры, при простудах появляется кашель, восстанавливается сон, сохраняется сужение зрачка. Поведение становится вялым, пассивным. Появляются признаки физической зависимости.

Формирование абстинентного синдрома («ломки») может произойти через 1-2 месяца регулярного употребления наркотиков. Абстинентный синдром имеет фазное течение: 1) Начальные проявления возникают через 8-12 часов после последнего приема. Выражены признаки психической зависимости и соматовегетативные реакции («кумар»): расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, гусиная кожа, бессонница, снижается аппетит. 2) Озноб, сменяющийся жаром, потливость и слабость. Неудобство в мышцах спины, ног, шеи. Боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Усиленные симптомы первой фазы. Симптомы наиболее выражены через сутки — 36 часов после отмены. 3) К концу вторых суток появляются мышечные боли, присоединяются судороги периферических мышц. «Ломка» оправдывает свое название. Больные не могут найти себе место. говорят, что их «крутит», «сводит», «выламывает суставы» и т. д. Перемена положения тела на короткое время приносит некоторое улучшение, поэтому больные постоянно меняют позу: ложатся, садятся, приседают, поднимают вверх ноги, катаются по полу и т.д. Они напряжены, раздражительны, злобны. Могут быть проявления агрессии; часты и аутоагрессивные действия — больные наносят себе порезы в области предплечий, при виде крови напряжение как бы спадает. Возможны и истинные суицидные попытки.

Настроение снижено, влечение к наркотику компульсивное. Максимум выраженности отмечается к концу 2-х — началу 3-х суток. 4) К проявлениям третьей фазы присоединяются диспептические явления: боли в животе, затем рвота и понос до 10-15 раз в сутки. Максимальное проявление на третьи сутки. Продолжительность абстинентного синдрома без лечения составляет 5-10 дней. После прохождения абстинентного синдрома у больного падает толерантность к наркотику («омоложение»). Именно поэтому многие наркоманы соглашаются на «лечение» только для того, «чтобы сбить дозу» и тратить на наркотики меньше денег.

После исчезновения острых явлений абстиненции в течение 1 — 1.5 месяцев наблюдаются остаточные явления, которые получили название постабстинентного синдрома (Иванец, Винникова, 1999). Волнообразно возникает непреодолимое влечение к наркотику. Отмечается сниженное настроение, вялость, нарушения сна, чувство психического дискомфорта, могут быть суицидные тенденции. В ряде случаев больные становятся злобными, раздражительными, отказываются от лечения. На 3-4-й неделе абстиненции может возникнуть т. н. «сухая ломка» — соматические и вегетативные симптомы, имитирующие картины абстинентного синдрома на период обрыва приема наркотиков. В период постабстинентного синдрома часто возникают спонтанные рецидивы заболевания.

Продолжительность второй стадии зависит от наркогенности вводимого наркотика, его доз и методов введения. В среднем она продолжается 5-10 лет.

Третья стадия. Большинство наркоманов до этой стадии не доживает. В третьей стадии выражен не только большой наркоманический синдром, но и последствия хронической интоксикации. На первом плане — физическая зависимость. Толерантность падает до 1/3 прежней дозы. Действие наркотика исключительно стимулирующее, эйфории уже практически нет. Требуется доза, составляющая 1/8-1/10 постоянной дозы, чтобы достичь физического комфорта. Вне интоксикации может отсутствовать способное п. передвигаться. Абстинентный синдром менее резко выражен, однако наступает скорее, и его продолжительность достигает 5-6 недель.

Больные именно третьей стадии обращаются за медицинской помощью, поскольку не могут достать необходимого количества

наркотика и страдают от длительных проявлений абстинентного синдрома. Иногда они стараются самостоятельно отказаться от наркотика, пытаясь заменить его алкоголем, транквилизаторами, барбитуратами, однако это, как правило, не приводит к успеху. Иногда отмечается трансформация одной наркомании в другую либо формирование полинаркомании.

Характерны изменения психики при опийной наркомании. Крайне сужен круг интересов,— больных волнует только то, что связано с наркотиком. Отмечается эмоциональное огрубление, черствость, патологическая лживость, снижение, а потом и утрата морально-этических норм. Наркоманы легко совершают преступления, не раскаиваясь в них. Очень характерна речь наркомана. Она изобилует жаргонными словами. Вместе с тем выраженных психотических расстройств и деменции не отмечается. Смерть обычно наступает от передозировки наркотика, реже от сопутствующих заболеваний (заболевания печени, СПИД). Продолжительность жизни опийного наркомана в настоящее время редко превышает 30-летний рубеж.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов (наркомания, вызванная препаратами конопли)

Наркомания вследствие злоупотребления коноплей (каннабис) относится к наиболее распространенным в мире. Наркотик, приготовленный из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков, называется марихуана («травка», «сено» — на языке наркоманов). Смолистое вещество, собранное из верхушек травы каннабиса, называется гашиш (анаша, банг, план, «дурь»). В растениях содержатся различные ароматические альдегиды каннабиола (главным образом — тетрагидроканнабиолы), которые обладают наркотическим действием.

Наркотические свойства конопли были известны с древнейших времен. По браминской легенде (Древняя Индия), несколько волосков с головы высшего божества Вишну упали в белую пену и были унесены потоком в чудесную долину, где превратились в диковинное растение, обладающее даром вызывать смех даже у самого печального человека в мире. Так родился гашиш. В мусульманских странах Востока, где запрещено потребление спиртных напитков, он стал как бы заменителем алкоголя. Научные исследования препаратов конопли

начались с XIX века. В конце столетия это привело к отказу от их применения в медицине. Наибольший рост массового злоупотребления препаратами конопли среди молодежи Европы и США падает на начало 60-х годов в связи с ростом популярности движения хиппи. Пик эпидемии приходится на конец 70-х годов, после чего отмечается некоторый спад. С начала 90-х годов вновь отмечается подъем употребления марихуаны среди молодежи.

В России конопля является часто употребляемым наркотиком. В 80-е годы в бывшем СССР этот вид наркомании занимал 2-е место после опийной, что составляло 20-30% от общего числа наркоманий (Бабаян, 1988). По данным выборочных социологических обследований, проведенных в РФ и других странах СНГ, доля препаратов конопли среди всех употребляемых наркотиков к середине 90-х годов составила 62,5%. Наибольшего внимания заслуживает факт, что приобщение к наркотикам в 62% случаев начинается с препаратов конопли (цит. по Рохлина, 1999). Гашиш и марихуану обычно курят в чистом виде или в смеси с табаком, иногда жуют и глотают в виде пилюль или принимают с пищей. При курении эффект каннабиоидов наступает быстрее.

Наркотический эффект зависит не только от дозы, но и от окружающей обстановки, ожиданий потребителя, его личностных характеристик. Первое в жизни курение гашиша может не вызвать никаких ощущений даже при наличии соответствующей установки. Эйфория, как правило, наступает лишь после 2-3-го раза. Более того, первые пробы могут сопровождаться неприятными ощущениями: сухостью во рту и носоглотке, стеснением в груди, затруднением дыхания. Возможны тахикардия, головокружения, тошнота и рвота. Однако это не мешает лицам, в первую очередь подросткам, повторять наркотизацию. Вместе с тем бывают случаи, когда эйфория наступает с первой пробы наркотика.

Действие начинается с чувства жажды и голода, сухости во рту. Появляется ощущение тепла. Возникает эйфория с многоречивостью, ускорением темпа мышления, бурным потоком ассоциаций. Усиливается моторная активность. Любые действия и слова окружающих вызывают дурашливый неудержимый смех. Суживается контакт с окружающими. Возникают иллюзии, звуки приобретают особый резонанс. Аффект неустойчив — могут возникать приступы тревоги, страха. Затем происходит спад возбуждения. Длительность интоксикации зависит от дозы и продолжается от

30 минут до нескольких часов. По выходе из опьянения резко повышен аппетит (вплоть до состояния булимии — волчьего голода). Сознание ясное, присутствует апатия, вялость, которая переходит в сон.

При передозировке — зрачки расширены, лицо гиперемировано. Отмечаются выраженная тахикардия, повышение АД, координация движений нарушена. Больной находится в оглушении, которое через коллапс может перейти в сопор и кому. Психически отмечаются признаки острого психоза с возбуждением, галлюцинациями, отрывочным бредом, колебаниями аффекта.

В течение первого года эпизодического (1-2 раза в неделю) употребления гашиша не развивается привыкания и пристрастия к наркотику. При увеличении же употребления в течение года развивается *первая стадия*. Появляется систематическая форма потребления, рост толерантности, изменяется действие наркотика — нет гиперемии, тахикардии, тревоги. Влечение к наркотику обсессивное. Возможно совместное применение с алкоголем. Длительность первой стадии составляет 2-5 лет.

Во *второй стадии* появляется синдром физической зависимости, который выражен намного слабее, чем при употреблении опиатов. Формирование второй стадии происходит через 3-5 лет систематического употребления гашиша. Снижается эйфоризирующее действие наркотика, преобладает тонизирующее. Часто снижение эйфории во время опьянения толкает больного на употребление более сильного наркотика. Толерантность к наркотику возрастает. Его перестают употреблять вместе с алкоголем, курят без примеси табака, в одиночку, употребляя теплое питье для усиления эффекта. Стимулирующее действие наркотика представляет единственно возможное оптимальное состояние, приносящее психический комфорт. Вне интоксикации гашишист расслаблен, несобран, нетрудоспособен.

Абстинентный синдром развивается медленно — спустя 2-3 года систематического курения. Характеризуется раздражительностью, нетерпеливостью, снижением настроения, потерей аппетита, бессонницей, похуданием, ознобом и тремором. Эти симптомы могут начать проявляться через несколько часов после отмены наркотика. Затем возникают жалобы сенестопатического характера. Появляется тяжесть и чувство сдавления в груди, в висках. На коже и под кожей возникает ощущение жжения, неприят-

ного покалывания, дерганья. Максимальное проявление абстиненции — 3-7 суток, продолжительность — от 3-5-ти дней до нескольких недель. Могут возникать психотические состояния в виде сумеречного или делириозного состояния сознания.

Описана и *третья стадия*, которая развивается через 9-10 лет постоянной наркотизации (Пятницкая, 1994). Падает толерантность, наркотик оказывает только тонизирующее действие. Абстиненция носит затяжной характер. Часты психозы с шизофреноподобной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой как на высоте интоксикации, так и в абстиненции; изменения в нравственной, интеллектуальной, волевой и аффективных сферах. У больных развивается «амотивационный синдром» (по терминологии зарубежных исследователей). Больные становятся вялыми, пассивными, замкнутыми, угрюмыми, внимание их неустойчиво, а память снижена.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных веществ

Зависимость при злоупотреблении снотворными средствами может быть вызвана снотворными, относящимися как к группе производных барбитуровой кислоты (веронал, бапбамил, этаминал натрия, фенобарбитал), некоторые из которых отнесены к наркотикам (барбамил,- этаминал натрия), так и снотворными средствами других групп (например, нитразепам, реладорм, оксибутират натрия и др.). В случае злоупотребления барбитуратами, внесенными в список наркотиков, говорят о барбитуровой наркомании, в остальных случаях можно говорить о токсикомании. По периоду жизни (периоду полураспада) в организме снотворные и седативные средства бывают короткоживущие (период полураспада от 2-х до 8-10 часов) и длительно живущие (период полураспада свыше 10 часов). Наибольшую зависимость дают сильнодействующие вещества с коротким периодом полураспада.

Причины развития наркомании (токсикомании) могут быть как медицинскими (врач неправильно выписывает снотворные больному), так и немедицинскими, когда начинают принимать снотворные с целью вызывания эйфории. В первом случае заболевание формируется медленно. Во втором стремительно, как при тяжелых наркоманиях.

В качестве снотворных средств производные барбитуровой кислоты стали использоваться с начала XX века (веронал). Затем их арсенал и сферы применения стали расширяться. Были созданы препараты для внутривенного применения. С 40-х годов барбитураты все чаще стали использоваться для совершения суицидов, а уже с 50-х появляются регулярные публикации о возможности формирования привыкания и пристрастия к этим веществам. Пример с барбитуратами наглядно демонстрирует, как лекарственные средства могут длительно и бесконтрольно назначаться, прежде чем станет очевидна проблема зависимости от них.

Во второй половине XX века в медицинской практике появился новый класс веществ — транквилизаторы, оказывающие успокаивающие, противотревожное действие. В настоящее время транквилизаторы являются самыми часто выписываемыми лекарственными средствами в мире. С этим, в частности, связан риск злоупотребления этими препаратами.

Барбитуровая токсикомания, или наркомания (по классификации ВОЗ), является одной из наиболее тяжелых. Она имеет много общих особенностей со злоупотреблением алкоголем. И алкоголь, и барбитураты обладают некоторым стимулирующим действием, но их седативный эффект более выражен.

Опьянение наступает от двойной-тройной терапевтической дозы и имеет фазность течения: 1) Возникает сразу «на игле» — мгновенное оглушение, в глазах темнеет, окружающее не воспринимается. Длительность первой фазы несколько секунд. 2) Беспричинное веселье, двигательное возбуждение. Восприятие окружающего искажено. Длительность 2-3 часа. 3) Глубокий тяжелый сон продолжительностью 3-4 часа. 4) При пробуждении — вялость, разбитость, астения. Могут быть неврологические симптомы, головная боль, жажда, аппетит отсутствует.

Из-за относительно небольшой разницы между дозами препарата, оказывающими терапевтическое и токсическое действие, часто отмечаются передозировки, которые нередко заканчиваются летально из-за остановки дыхания.

Становление заболевания происходит за 3-4 месяца регулярного приема барбитуратов. Как и для любой наркомании, при злоупотреблении барбитуратами отмечается стадийность течения заболевания. Абстинентный синдром (2-я стадия наркомании), как правило, тяжелый и является наиболее характерной чертой наркомании (токсикомании) данного типа. Он развивает-

ся в течение первых 24 часов после отмены препарата, достигает пика своей выраженности через 2-3 дня, затем симптоматика медленно ослабевает. Симптомы, характерные для барбитуровой абстиненции, — тревога, произвольные мышечные подергивания, тремор, прогрессирующая слабость, головокружение, искажение зрительного восприятия, тошнота, рвота, бессонница, потеря веса, повышение АД в сочетании с резким падением давления при вставании. Часто возникают развернутые судорожные припадки. В абстиненции отмечаются делирии, по клинической картине сходные с алкогольными. Причем припадки обычно развиваются в первый-второй день абстинентного синдрома, а психоз возникает позже. При тяжелой зависимости абстинентный синдром может стать угрожающим для жизни.

При длительном злоупотреблении снотворными очень быстро формируется психопатоподобный дефект, напоминающий органический. Появляется утомляемость, истощаемость внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности. Падает работоспособность: больные работают только после приема достаточной дозы препарата, которая оказывает стимулирующее действие.

В последующем довольно быстро из-за токсической энцефалопатии наступает деградация, проявляющаяся в замедлении мыслительных процессов и речи, выраженном интеллектуально-мнестическом снижении. Больные не критичны к своему состоянию и заболеванию в целом. У них отсутствуют какие-либо нравственно-этические нормы поведения. Они грязны и неряшливы. Состояние вялости и апатии часто сменяется грубыми дисфорическими реакциями со злобностью, агрессией.

Токсикомании вследствие злоупотребления транквилизаторами (как и снотворными) встречаются довольно часто в развитых странах. Более склонны к использованию транквилизаторов женщины. Чаще всего используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда (бензодиазепины), но возможно возникновение зависимости и от транквилизаторов других химических групп (мепробамат, триоксазин и др.). Причины токсикомании могут быть как медицинскими (зависимость возникает в течение 1-2 лет), так и немедицинскими (зависимость формируется через 1-1,5 месяца).

Зависимость чаще наступает от сильных транквилизаторов короткого действия (ксанакс, иммован, лоразепам и др.). В РФ

из-за большей доступности зависимость чаще возникает и от низкоактивных транквилизаторов длительного действия (нозепам, радедорм, элениум, диазепам, феназепам). Характерными для привыкания к бензодиазепинам являются нарушения ритма бодрствования — сон с ночными пробуждениями и невозможностью заснуть без приема очередной дозы препарата.

Эйфорический эффект возникает от дозы, в 5-10 раз превышающей терапевтическую. Клиника похожа на барбитуровое опьянение, но частично зависит от принимаемого препарата. Так, радедорм вызывает опьянение, похожее на алкогольное, с выраженной заторможенностью, сонливостью. Феназепам вызывает расторможенность, немотивированную двигательную активность. Диазепам (реланиум, седуксен) вызывает эйфорию, особенно при внутривенном применении. Для усиления эффекта больные часто комбинируют препараты из этой группы. Внешне пациенты в интоксикации похожи на лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. У них нарушена координация, шаткая походка. Они оживлены и многоречивы. Речь дизартрична, иногда с персеверациями. Отмечается бледность кожных покровов, зрачки расширены. Язык обложен плотным белым налетом. Мышечный тонус ослаблен. Опьянение чаще заканчивается сном или сменяется состоянием вялости, апатии. При передозировке развивается угнетение сознания, переходящее в кому.

Через 3—4 недели после начала систематического приема бензодиазепинов прежние дозы уже не вызывают эйфории. Количество принимаемого вещества увеличивается, растет толерантность. Для токсикомании также характерна стадийность развития. Клиническая картина токсикомании, обусловленных приемом транквилизаторов, напоминает таковую при злоупотреблении барбитуратами. Течение бензодиазепиновой токсикомании менее злокачественное, чем барбитуровой, возможны спонтанные ремиссии.

Абстинентный синдром возникает к концу первых суток лишения транквилизаторов и характеризуется психическими и соматовегетативными расстройствами. К первым относятся тревога и подавленное настроение, раздражительность с периодами дисфории, расстройства сна, повышенная утомляемость. Соматовегетативные проявления включают повышенную потливость, тахикардию, снижение АД, расширение зрачков, головокружение,

головную боль. Отмечается тошнота, рвота, анорексия. Могут быть судороги отдельных мышечных групп, непроизвольные движения. Как и при отмене барбитуратов, могут наблюдаться судорожные припадки. Иногда в абстиненции отмечаются острые психозы, чаще развивающиеся по типу делирия.

При длительном злоупотреблении транквилизаторами, как и при злоупотреблении снотворными, формируется своеобразный дефект личности, напоминающий органический. У больных отмечаются интеллектуально-мнестические нарушения, снижаются нравственные и этические нормы поведения. Больные становятся непригодными к работе, связанной как с интеллектуальной, так и с физической нагрузкой.

Токсикомании, вызванные ненаркотическими анальгетиками и антигистаминными средствами. Это сборная группа токсикоманий, вызванная злоупотреблением широко применяющимися в медицине препаратами. Для получения эйфории и дальнейшего развития зависимости используется побочный эффект этой группы средств — седативное действие. Поэтому злоупотребление анальгетиками и антигистаминными (антиаллергическими) средствами имеет сходство с токсикоманией, вызванной снотворными средствами. Эти варианты токсикомании нашли распространение преимущественно в подростковой среде из-за дешевизны и доступности (многие отпускаются без рецепта) анальгетиков и антигистаминных средств.

Из анальгетиков чаще используются анальгин, амидопирин и фенацетин, обладающий из них наибольшей токсичностью (Дунаевский, Стяжкин, 1991). После приема 10-кратной дозы развивается опьянение, характеризующееся эйфорией с дурашливостью, повышенной двигательной активностью, многословием. Психические последствия интоксикации выражаются в аффективной лабильности, капризности, колебаниях настроения в зависимости от приема лекарств от дурашливой веселости до угрюмо-мрачного настроения. Состояния абстиненции протекают с тяжелыми соматическими и психическими расстройствами: тревога, расстройства сна, гиперестезия, головные боли, чередование поносов и запоров. У ряда больных могут развиваться судорожные припадки.

В течение ряда лет формируются те же изменения личности в сторону душевной опустошенности, эгоцентризма, склонности

к асоциальному поведению, что и при других токсикоманиях. В последующем становятся очевидными проявления энцефалопатии — интеллектуально-мнестическая деградация.

Систематический прием анальгетиков может вызвать и целый ряд соматических осложнений. К наиболее частым из них относят токсическую анемию, нефрит, фенацетиновую циррозную почку. Из неврологических осложнений отмечают тремор, атаксическую походку, нарушение артикуляции речи. Больные не выносят шума, раздражительны, жалуются на головные боли, склонны к коллапсам, эпилептиформным припадкам. Смерть может наступить из-за развившейся почечной недостаточности.

Течение токсикомании неблагоприятное, особенно когда она сочетается со злоупотреблением снотворными, транквилизаторами, противогистаминными препаратами, что встречается достаточно часто. В этих случаях, как при всех полинаркоманиях, быстро нарастают необратимые изменения как в психической, так и в соматической сфере.

Из антигистаминных чаще всего используются препараты первого поколения: димедрол и пипольфен, поскольку обладают наиболее выраженным седативным эффектом среди препаратов этой группы. Современные антигистаминные препараты (например, кларитин) не обладают седативным действием и зависимости не вызывают. Клиническая картина опьянения аналогична таковой при злоупотреблении транквилизаторами. Антигистаминные препараты (особенно пипольфен) могут вызвать делирий как на высоте интоксикации, так и в абстиненции. Последствия злоупотребления антигистаминными препаратами более тяжелые, чем при токсикомании, вызванной транквилизаторами. При длительном злоупотреблении формируется деменция в форме психоорганического синдрома.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина (кокаиновая наркомания)

Кокаин является алкалоидом, получаемым из листьев коки — растения, произрастающего в Латинской Америке. По своему психотропному эффекту относится к сильным стимуляторам ЦНС, что определяет его наркогенность. Употребляются кокаина гид-

рохлорид (интраназально и внутривенно) и кокаин-основание (крэк) при курении.

История употребления кокаина восходит к древним инкам, которые хоронили тела умерших с листьями коки, считая это необходимостью в загробной жизни. Туземные племена с глубокой древности использовали листья коки для жевания, чтобы снять усталость. В середине XIX века алкалоид кокаин был выделен из листьев коки и получил широкое распространение в медицине в качестве местного анестезирующего средства. В 1884 году З. Фрейд опубликовал работу, где описывал стимулирующее действие кокаина на ЦНС и свой опыт применения его у больных неврозами* *. Эпидемия злоупотребления кокаином началась во время первой мировой войны среди офицерства воюющих армий, а затем перекинулась в тыл. В определенных кругах кокаин стал использоваться как средство отдыха и проведения досуга. Этому в немалой степени способствовали простота употребления («нюхание») и отсутствие тяжелой абстиненции по сравнению с морфином. В подростковой среде в России злоупотребление кокаином было распространено после гражданской войны среди беспризорников. С 30-х годов потребление кокаина в мире резко пошло на убыль, что отчасти было связано с ростом злоупотребления синтетическими стимуляторами амфетаминового ряда. Последняя волна кокаиновой наркомании возникла с конца 70-х годов и достигла апогея к середине 80-х, особенно в странах Северной и Южной Америки в связи с распространением более дешевого алкалоидного кокаина (крэка). В настоящее время в РФ из-за высокой дороговизны кокаин пока остается «наркотиком богатых».

Скорость и интенсивность кокаинового опьянения зависят от способа введения. Внутривенное введение и гидрохлорида, и алкалоида кокаина (крэка) оказывает стремительное действие — «фаш» (от англ. rush — бросок). Уже на «кончике иглы» развиваются эйфория, чувство телесного и душевного блаженства, необыкновенного комфорта, любви ко всем людям. Тем не менее внутривенные инъекции кокаина не получили широкого распространения из-за очень короткого времени действия препарата.

*З. Фрейд использовал кокаин не только для лечения нервно-психических расстройств. Ему же принадлежит первая попытка заместительной терапии в наркологии: Фрейд предложил использовать кокаин для лечения опийной наркомании. Впоследствии он отказался от использования кокаина по этим показаниям из-за высокой наркогенности препарата.

Чаще используется внутривенное применение кокаина в комбинации с героином. Курение крэка также оказывает быстрое действие, т. к. всасывание происходит в легких и он быстро попадает в кровь и ткани мозга. Интраназальное введение, при котором порошок кокаина гидрохлорида закладывается в ноздри, начинает действовать медленнее — через 5-10 минут. Использование кокаипасты (промежуточного продукта при обработке листьев коки), как и жевание листьев, распространено, главным образом, среди коренных жителей Центральной и Латинской Америки, оно вызывает более замедленный и слабый эффект.

Типичное кокаиновое опьянение можно охарактеризовать как маниакальноподобное состояние с эйфорией, повышенной активностью, самоуверенностью. Кокаин вызывает усиление процессов мышления, повышение сосредоточенности, обострение слуха и зрения, ощущение повышенной физической силы и богатства мыслей, творческих способностей. Характерным является и усиление сексуальности. Отмечается также прекрасное самочувствие, легкость во всем теле. По прошествии примерно 30 минут эти ощущения постепенно исчезают (при внутривенном введении и курении крэка — еще быстрее).

При передозировке появляются тревога, страх, может возникнуть острый транзиторный психоз с помрачением сознания по типу делирия или без него. Отмечаются бред преследования, слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации, которые особенно характерны. Появляется ощущение, что по телу ползают насекомые, их ищут, пытаются давить, расчесывают кожу. Соматические и неврологические симптомы при передозировке весьма серьезны: появляются сердечные аритмии, боли за грудиной напоминают приступы стенокардии. Описаны обмороки, судорожные припадки. Смерть может наступить вследствие остановки сердца или угнетения дыхательного центра.

Для злоупотребления кокаином характерен циклический ритм приема наркотика: постоянный прием наркотика в течение 2-3 дней днем и ночью, суточная доза возрастает в 5-6 раз, разовая доза при этом не меняется. Период непрерывной наркотизации сменяется психофизическим истощением с дифорией. Появляется отвращение к наркотику. Затем следует глубокий сон продолжительностью до 1-2 суток, после чего больные приходят в себя. Психическая зависимость толкает к очередному «циклу».

Таким образом, для кокаиновой интоксикации типичным является наличие двух противоположных состояний — эйфории и дисфории. В период «кокаинового цикла» эйфория переходит в дисфорию, которая вновь сменяется эйфорией после очередной дозы, и т. д. Это продолжается до тех пор, пока развивающаяся толерантность не препятствует возникновению эйфории и не наступает стойкий депрессивно-дисфорический статус. Именно он сменяется сонливостью и сном.

Пристрастие появляется обычно в течение года-двух с момента первого приема препарата. По данным NIDA (США), только 10-15% попробовавших кокаин становятся наркоманами. Основные причины отказа от приема: дороговизна, малая доступность, беспокойство после приема и страх потерять самоконтроль.

Кокаин не вызывает типичной физической зависимости. Но по мере развития наркомании появляется своеобразный синдром отмены, который носит трехфазный характер. О его появлении можно говорить, если период постинтоксикационной дисфории длится более 24 часов.

В первые три дня абстиненция проявляется, главным образом, симптомами тяжелой дисфории с подавленностью, бессонницей, раздражительностью, obsessивным влечением к кокаину. Затем на первый план выходят депрессия, апатия, сонливость, в сочетании с повышенным аппетитом. После этого наступает период «Спокойствия» (1-5 суток) — тяга падает, нормализуется сон и аппетит. В третьей фазе вновь следует период дисфории, депрессии, тревоги, раздражительности, возникает компульсивное влечение к наркотику, которое является причиной рецидива. Если влечение не реализуется, то период кокаиновой дисфорической депрессии со снижением способности получать удовольствие от окружающего, т. е. ангедонией, может продолжаться до 2 месяцев. Больные ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, опустошение. При этом постоянно возникают мысли о кокаине. Все это свидетельствует о том, что психическая зависимость при кокаиновой наркомании имеет психопатологическую основу в виде стойкой депрессии.

При кокаиновой наркомании довольно часто возникают и соматические осложнения. Чаще встречаются осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, аритмии, миокардиты, гипертоническая

болезнь и инсульт. При злоупотреблении развивается стойкая сексуальная дисфункция.

Достаточно характерны внешние признаки злоупотребления кокаином (Керфут и др., 1998). К ним относятся: перфорированная носовая перегородка (при интраназальном употреблении наркотика), кокаиновые «следы» (оранжево-розовые кровоподтеки в местах инъекций, которые потом становятся желтыми и голубыми), крэк-кератит (из-за анестезии роговицы глаза, что может привести к ее повреждению или кератиту с изъязвлением и инфекцией), «крэк-палец» (из-за многократного контакта большого пальца с зажигалкой), «крэк-рука» (из-за контакта с горячей трубкой, в которой курят крэк).

Американские исследователи предложили схему, в которой развитие кокаиновой наркомании разделено на 4 этапа: этап социального употребления наркотика; этап проблемного употребления; этап критического употребления; этап хронического употребления (цит. по Рохлина, 1999).

Этап социального употребления наркотика включает первое знакомство с кокаином и использование его как средства стимуляции в период соответствующих социальных событий или для 'повышения сексуальных возможностей'. Этап проблемного употребления обычно совпадает с началом самостоятельного приобретения кокаина и включает в себя эпизоды продолжительного использования кокаина в течение суток, утреннее сожаление по поводу финансовых трат, опоздания и прогулы, покупку кокаина во все возрастающих количествах, начало участия в торговле кокаином, утрату других интересов, прежних волевых установок. Критический этап характеризуется тем, что наркоман продолжает употреблять кокаин до тех пор, пока не кончатся запасы, употребляет наркотик в одиночестве, манкирует своими социальными обязанностями, меняет круг общения, не выполняет обещаний и принятых решений. У него возникают периоды неадекватного поведения, отдельные параноидные идеи. Хронический этап включает в себя поиски добавочного количества кокаина после того, как кончается купленная доза. Кокаиновые циклы приобретают длительный характер; бывают передозировки. Попытки самостоятельно прекратить злоупотребления заканчиваются неудачей. Возникают стойкие сексуальные проблемы, поте-

ря работы, семьи и друзей. Происходят серьезные психические нарушения — хроническая депрессия с чувством вины и суицидными мыслями, стойкие бредовые идеи, галлюцинации, признаки моральной деградации; часто поведение бывает эксцентричным.

При кокаиновой наркомании возможны достаточно стойкие ремиссии. Но даже если ремиссия продолжается несколько месяцев, в этот период наблюдаются рецидивы влечения к наркотику, сопровождающиеся депрессивными и дисфорическими переживаниями. Влечение может проявляться и без этих симптомов в виде своего рода воспоминания о вызываемой кокаином эйфории. Эпизоды выраженной тяги к наркотику могут встречаться спустя годы после последнего употребления. Они могут быть ситуационно обусловлены, а также спровоцированы употреблением других стимуляторов или алкоголя.

Итак, главное, что характеризует кокаиновую наркоманию, — это достаточно быстрое развитие стойкой психической зависимости, которая определяет «поисковое» поведение, направленное на добывание наркотика. Кроме того, это быстрое нарастание физического истощения, острые психотические эпизоды и высокая социальная опасность.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин

Психостимуляторы — это психотропные средства, оказывающие стимулирующее действие на ЦНС. Прием психостимуляторов устраняет чувство усталости, вызывает прилив сил и бодрости, стремление к деятельности, уверенность в собственных способностях. К группе психостимуляторов, обладающих наркогенностью, относятся кокаин (см. выше), амфетамин и его производные, эфедрин и его производные, в т.ч. эфедринсодержащие смеси, катин и кофеин.

Наркомания амфетаминового типа. Злоупотребление амфетаминами в РФ в настоящее время распространено больше, чем кокаином, и занимает 2-3 % в числе наркоманий. Амфетамины вводятся внутривенно или принимаются внутрь. В США, кроме того, получили распространение пригодные для курения формы метамфетамина (на сленге — «айс», от англ. ice — лед).

Амфетамин (фенамин) стал использоваться в медицинской практике с 30-х годов XX века для лечения нарколепсии и постэнцефалитического паркинсонизма, а также в качестве стимулятора при астенических и астенодепрессивных состояниях и с целью понижения аппетита при лечении ожирения. Злоупотребление амфетаминами впервые было описано уже в конце 30-х годов. Массовый характер наркомания приняла в 50-60-е годы.

Острая интоксикация амфетамином вызывает приподнятое настроение, ощущение физической бодрости и ясности мышления, стремление к деятельности, иногда болтливость и излишнюю суетливость. Описаны две фазы острой интоксикации при внутривенном употреблении амфетамина (Личко, Битенский, 199J): 1) кратковременный «приход» и 2) «кайф» или эйфория, во время которой повышенный психический тонус может сочетаться с возбужденностью, тревожностью, настороженностью и подозрительностью. По существу, это гипоманиакальное или смешанное состояние, похожее на клинику шизоаффективного психоза.

Зависимость от амфетамина формируется быстро — через 2-3 недели нерегулярного приема или после 3-5 регулярных инъекций.

Первая стадия представлена синдромом психической зависимости. Отмечается рост толерантности, в основном за счет учащения инъекций наркотика; слабеют соматические эффекты: перебои и боли в области сердца, головная боль, озноб, вздрагивания. Укорачивается острота «прихода». Формируется циклический ритм приема, заканчивающийся психофизическим истощением с отказом от приема наркотика и последующим сном (см. *кокаиновая наркомания*).

Во *второй стадии* происходит изменение характера опьянения: период эйфории сокращается с 4 часов до 2, слабеет яркость переживаний, исчезает «прилив», жажда многосторонней деятельности сменяется однотипной деятельностью. Толерантность максимальная — до 1 грамма и выше фенамина в сутки. У некоторых больных в конце опьянения возникают приступы дисфории. Психическая зависимость выявляется в основном в ремиссии, на первом плане — зависимость физическая. Абстинентный синдром проявляется прежде всего соматовегетативными признаками: головная боль, сердцебиение и боли в сердце, одышка в покое, ощущение разбитости, судороги в мышцах, тремор. Поведение импульсивно, сознание сужено поисками наркотика. Затем

появляется зевота, озноб и гипергидроз. Резко возрастает чувствительность к раздражителям, выражены тревога, страх. Пост-абстинентное состояние продолжается до 1-1,5 месяцев. Больные вялы, адинамичны, со сниженным настроением, плачут, убеждены в безнадежности своего состояния. Аппетит отсутствует. Масса тела продолжает снижаться.

Острое возбуждение первых суток может перейти в психоз, чаще в форме делирия. Утрачивается ориентировка в окружающем, больной возбужден, испытывает различные галлюцинаторные переживания, высказывает отрывочные идеи бредового содержания. Могут быть проявления агрессии. Длительность абстинентного психоза составляет несколько дней.

В *третьей стадии* сохраняется циклический прием наркотика, но циклы укорачиваются, и количество стимулятора уменьшается. Наркотик применяется, чтобы предотвратить абстинентный синдром. В опьянении проявляется деградация личности, падает сексуальность, может меняться сексуальная ориентация.

Через 1,5-2 года болезни развивается опустошение психической деятельности, нарастают злобность, взрывчатость, агрессия. Настроение обычно депрессивное (апатическое или дисфорическое). Высок риск суицидных попыток. Характерно быстро нарастающее нравственно-этическое снижение.

Злоупотребление кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащими смесями. Эфедрин содержится в различных видах травы эфедры, оказывает стимулирующее действие на ЦНС. В медицине применяется в виде эфедрина гидрохлорида и выпускается в виде таблеток, раствора; капель в нос. Входит в состав различных лекарственных смесей для лечения ринита, бронхита: растворов «солутан» и «бронхолитин», мази «сунореф», таблеток «теофедрин» и т. д.

В последнее десятилетие в РФ получила распространение *эфедриновая наркомания*, вызванная злоупотреблением эфедрина, прошедшего специальную обработку. По химической структуре эфедрон (на жаргоне — «джеф», «мулька», «марцефаль») близок к амфетамину. Из медицинских препаратов эфедрина кустарным способом получают также сильное наркотическое вещество — метамфетамин («винт», «ширка»), близкое по своей структуре к первитину. Эфедрон и первитин являются сильными психостимуляторами.

Эфедрон принимают внутрь и вводят внутривенно. Первитин вводят только внутривенно. Эфедроном обычно начинают злоупотреблять в подростковом и молодом возрасте, обычно в группе сверстников.

При употреблении эфедрона внутрь эйфория развивается через 10-15 минут и сопровождается своеобразными психосенсорными расстройствами: появляется необычная легкость в теле, ощущение «роста», «шевеления» волос на голове. Повышается настроение, появляется болтливость. Опынение сопровождается сухостью во рту, исчезает аппетит, сон, наблюдается задержка мочеиспускания. Состояние интоксикации длится 6-8 часов.

При внутривенном введении как эфедрона, так и первитина больные отмечают две фазы интоксикации (Рохлина, 1999). Первая — «приход» — ощущается наркоманом как расслабляющая волна, проходящая через все тело. Появляется чувство потери собственного веса, повышается настроение, появляется благодушие и уверенность в себе. Продолжительность первой фазы — 5-10, редко 20 минут. При введении первитина «приход» выражен сильнее: сразу после введения наркотика возникает ощущение нескольких волн, следующих друг за другом; приятный запах свежести. Появляется чувство «прозрения», эйфория выражена и описывается как «ошеломление, восторг, небывалое счастье». Больные сосредоточены на собственных ощущениях. Во второй фазе — «кайфа» — проявляется непосредственный стимулирующий эффект. При эфедроновом опынении наблюдается двигательное и речевое возбуждение. Субъективно ощущается прилив сил и энергии. Ускоряется процесс мышления, отмечается быстрая смена ассоциаций. Состояние может быть описано как гипоманиакальное. Усиливается сексуальное влечение. В связи с этим в подростковой среде распространено употребление эфедрона в разнополой компании с последующим промискуитетом. При употреблении первитина, кроме того, отмечается склонность к абстрактным рассуждениям, обдумыванию философских вопросов и т. д. Доставляет удовольствие правильно построенные фразы, точные формулировки, четкость и ясность изложения мыслей. Внимание при этом неустойчиво, тематика бесед часто меняется. Усиливается и моторная активность: больные не могут усидеть на месте, совершают массу лишних движений. Стремление к деятельности реализуется по-разному. При эфедроновом опынении —

чаще в обыденных действиях: уборка, стирка, ремонт, который до конца не доводится, игра на музыкальных инструментах. При интоксикации первитином больные кроме всего занимаются «творчеством»: сочиняют стихи и прозу, пишут картины и музыку, изобретают различные теории или механизмы. Все это сопровождается чувством «озарения». Объективно вся деятельность больных в период интоксикации носит непродуктивный, однообразный, псевдотворческий характер. Все остается незаконченным, недоделанным, разобранным. Нередко наблюдаются бредоподобные расстройства с ощущением собственного могущества, величия, особых способностей. Через несколько часов по прошествии действия наркотиков у больных развивается постинтоксикационное состояние со сниженным фоном настроения, раздражительностью и злобой, вялостью и сонливостью, которые переходят в продолжительный сон.

На высоте интоксикации (чаще многодневной) может развиться острое психотическое состояние, проявляющееся в виде бреда преследования, слуховых и зрительных галлюцинаций, аффектов страха, тревоги.

По течению эфедроновая и первитиновая наркомания является одной из самых злокачественных. Как правило, она развивается в молодом возрасте. Зависимость иногда возникает после первой же инъекции (особенно при употреблении первитина). Устанавливается либо циклический ритм приема (более характерно для эфедрона), либо наркотик употребляется регулярно преимущественно в дневные часы (типичнее для первитина). При обоих вариантах злоупотребления резко страдает сон, что побуждает наркоманов прибегать к приему снотворно-седативных препаратов. По мере увеличения толерантности может осуществляться до 10-15 инъекций в сутки.

Абстинентный синдром формируется уже через несколько недель систематического приема и характеризуется наличием трех групп расстройств — нарушениями сна, аффективными расстройствами и астеническими проявлениями. Вначале возникает чувство усталости, слабость, мышечная вялость. Снижается настроение, больные чувствуют себя разбитыми, крайне переутомленными. Отмечается сонливость и днем, и ночью, резчайшая слабость, падение АД. Продолжительность острых явлений абстиненции при эфедроновой наркомании 4-5 суток, при первитиновой — 5-7

суток. При непрерывном варианте течения наркомании к этому может присоединиться алгические и вегетативные расстройства в виде болей в позвоночнике и крупных суставах, насморк, заложенность носа, слезотечение, головная боль и головокружение. Продолжительность абстинентного синдрома увеличивается.

У больных, употребляющих эфедрон и первитин, быстро развиваются изменения личности, происходит снижение сексуальности вплоть до импотенции. Быстро нарастают явления социальной деградации, интеллектуально-мнестическое снижение.

Наркомания вследствие злоупотребления экстази (МДМАУ В последние 10 лет среди молодежи, в том числе и в России, стал популярен синтетический наркотик 3,4-метилendioксиметамфетамин (МДМА), синтезированный еще 80 лет назад. В качестве «развлекательного», «наркотика дискотек», он получил название экстази. Часть исследователей, в том числе в США, относят его к галлюциногенам из-за способности вызывать галлюцинации при употреблении больших доз. Однако основным для него является стимулирующее действие, обусловленное наличием в его структуре метамфетамина (первитина). Галлюцинации могут возникать при употреблении больших доз и других стимуляторов.

Экстази употребляется в виде таблеток в разной дозировке и разного цвета, преимущественно на дискотеках или других вечеринках. Опьянение выражается в состоянии необычного подъема; могут танцевать всю ночь напролет. На фоне стимулирующего эффекта могут возникать иллюзорные обманы восприятия, визуализация представлений, сексуальное возбуждение. Мозг находится как бы в тумане, течение мыслей невозможно остановить. По окончании действия отмечается слабость, сонливость, подавленное настроение, мышечные боли.

При регулярном употреблении экстази увеличивается толерантность. В это время употребление наркотика уже не вызывает эйфорию. При употреблении наркотика может появиться страх, раздражительность, неуравновешенность, неадекватные реакции, рассеянность внимания. Описаны также панические атаки, состояния тревоги и депрессии, параноидные психозы.

Среди наркоманов существует миф, что экстази является «безопасным» наркотиком. Однако, кроме уже описанных выше психических нарушений, он вызывает и соматические осложнения: поражение печени и миокарда, дегенерация нервных окончаний,

гипертермия с последующим тепловым ударом и возможным смертельным исходом.

Токсикомании, вызванные ненаркотическими стимуляторами, имеют общие черты с амфетаминовой наркоманией, но протекают мягче и не приводят к столь тяжелым последствиям. К ненаркотическим стимуляторам относятся лекарственные средства сиднокарб и сиднофен, кофеин, алкалоиды кофеина, содержащиеся в чае и кофе.

Опьянение сопровождается эйфорией, приливом сил, ясностью мышления, стремлением к деятельности. При регулярном приеме стимуляторов резко растет толерантность, которая может достигать 100-200 таблеток кофеина в сутки (Шабанов, Штакельберг, 2000). Длительный ежедневный прием стимуляторов вызывает истощение организма; их введение не дает уже эйфоризирующего эффекта, а лишь поддерживает относительно удовлетворительное самочувствие. В абстиненции ведущими признаками являются признаки истощения: разбитость, усталость, сонливость, вялость.

Хроническая интоксикация приводит к стойким нарушениям сна, потере веса, отсутствию аппетита. Фон настроения снижен. Деятельность перестает быть продуктивной, больные становятся конфликтными. В отдельных случаях развиваются состояния тревоги, страха; могут быть состояния астенической спутанности. У мужчин отмечается снижения потенции.

Хроническая интоксикация концентрированным чаем получила название чифиризма. Чифирь представляет собой кипяченую заварку чая из расчета 50 г на стакан воды. Иногда употребляют кофейную гущу («кофейный кисель»). Токсикомания чаще встречается в закрытых учреждениях, где резко затруднен доступ к наркотикам. Клиническая картина характеризуется двигательным и интеллектуальным возбуждением длительностью 4-5 часов.

Признаками кофейновой интоксикации являются тревога, двигательное беспокойство, бессонница, иногда панические атаки. Употребление высоких доз кофеина может способствовать обострению психических расстройств. Абстинентный синдром возникает через несколько часов после приема веществ, содержащих кофеин. Он характеризуется сильными головными болями, снимающимися только кофеином, а также мышечным напряжением, раздражительностью, тревогой, подавленным настроением,

ощущением усталости и разбитости. Характерны тремор, чувство беспокойства в руках и ногах. По данным американских исследователей, кофеин может вызывать слабую психологическую и физическую зависимость при употреблении пяти и больше чашек кофе или чая в день.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов (наркомании, вызванные галлюциногенами)

К галлюциногенам (психодизлепептикам, психоделикам), наиболее часто вызывающим зависимость, относятся диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), псилоцибин, мескалин, эрготамин, фенциклидин, кетамин, а также некоторые холонэргические препараты.

Галлюциногены известны с глубокой древности. Американские индейцы еще 2000 лет назад использовали определенный вид кактуса (пейот), содержащий наркотическое вещество мескалин, во время религиозных ритуалов. В ритуальных же целях использовался один из видов грибов — псилоцибе («божественный гриб»). В 1958 году А. Гофман выделил из него действующее вещество — псилоцибин. Еще раньше (в 1943 году) он же вместе с А. Столлом в лаборатории швейцарской фармацевтической фирмы «Сандоз» синтезировал ЛСД, ничтожные количества которого вызывали психотическое состояние. До запрета, последовавшего в 60-е годы, ЛСД использовался в экспериментальной медицине для моделирования и исследования психозов, а также в психотерапии для облегчения эмоциональных расстройств и улучшения памяти. Наркомания вследствие злоупотребления галлюциногенов началась в США, а потом перекинулась в другие страны с 50-х годов.

Галлюциногены вызывают эйфорию и своеобразные изменения сознания, восприятия и мышления. Главное в действии галлюциногенов — вызов спонтанной психопатологической продукции. Это могут быть наплывы мыслей, галлюцинации, расстройства схемы тела, делириозное помрачение сознания, сновидные состояния (онейроиды) с космической, религиозной, мистической тематикой.

Галлюцинации чаще всего бывают зрительными, хотя могут быть слуховыми и тактильными. Галлюцинаторные расстройства сопровождаются разнообразными, часто противоположными

аффективными переживаниями: эйфория, экстаз, которые сменяются тревогой, паникой. Обостряется восприятие цвета, музыки, запахов. Характерны синетсезии, когда «звук видят, а цвет слышат». Отмечаются расстройства схемы тела, явления деперсонализации и дереализации, нарушение восприятия пространства и времени. Особенностью интоксикации ЛСД является «ощущение работы внутренних органов», оживление в памяти событий раннего детства, даже собственного рождения. Появляется ощущение возможности постижения самых сокровенных тайн бытия, мироздания. Длительность психических симптомов при приеме ЛСД продолжается до 12 часов, псилоцибина — до 6 часов, мескалина — 1-2 часов. Постинтоксикационный синдром характеризуется сниженным настроением иногда с суицидными тенденциями. Продолжительность депрессии — от 1 дня до 1 недели.

Для лиц, злоупотребляющих галлюциногенами, характерны рецидивы психических расстройств через некоторое время после прекращения наркотизации. В одних случаях развиваются симптомы галлюцинаторно-параноидного расстройства или галлюцинаторной депрессии, в других воспроизводятся фрагменты перенесенных в интоксикации переживаний в виде зрительных галлюцинаций и иллюзий. В американской психиатрии такие явления получили название «возвратных вспышек» (flashback). Продолжительность такой вспышки от нескольких минут до нескольких десятков часов (Kaplan, Sadock, 1991). Кроме того, использование галлюциногенов может привести к затяжному интоксикационному психозу, спровоцировать манифестацию или рецидив эндогенного психического заболевания (шизофрении, аффективного психоза).

Галлюциногены не вызывают физической зависимости, однако формируют стойкую психическую зависимость. Толерантность при употреблении наркотика растет, но быстро снижается в случае прекращения употребления. Кроме выраженного психопатологического действия, галлюциногены обладают и тератогенным эффектом.

Злоупотребление фенниклидином. В группе наркоманий, вызванных применением галлюциногенов, отдельно выделяют зависимость от фенциклидина (ФЦД, «пи-си-пи» от англ. PeaCePШ), поскольку он также вызывает галлюцинации, однако механизм его действия иной.

Фенциклидин был синтезирован в 50-х годах как обезболивающее средство. Короткое время применялся для анальгезии и анестезии при малых хирургических вмешательствах. Однако из-за большого числа осложнений в виде галлюцинаций, нарушения сознания применение ФЦД в клинической практике было прекращено. Получил распространение в США с середины 60-х годов под названием PeaCePill. Распространению галлюциногена способствовало то, что он легко синтезируется в домашней лаборатории.

ФЦД можно курить, принимать внутрь, вводить внутривенно, распылять и употреблять «поверх других наркотиков» (марихуаны, героина, кокаина). Чаще его курят (иногда вместе с марихуаной). ФЦД в значительно большей степени вызывает пристрастие, чем галлюциногены.

Опьянение наступает через 5 минут и длится 4-6 часов. Резко меняется поведение больного. Возникает легкая дезориентировка в окружающей обстановке, эйфория, расстройство схемы тела, зрительные и слуховые галлюцинации. Отмечается выраженная лабильность аффекта. При применении высоких доз (более 10 мг) отмечается дезорганизация мышления, психомоторное возбуждение, агрессия, недооценка окружающей обстановки. Именно поведенческие эффекты при передозировке ФЦД делают препарат опасным как для самого больного, так и для окружающих. Поскольку ФЦД обладает выраженным анальгезирующим эффектом, пациенты при возбуждении часто демонстрируют огромную силу, не ощущая при этом боли от разрывов сухожилий, мышц и переломов костей. Передозировка может сопровождаться судорогами, синдромами выключения сознания вплоть до комы. Нередко после выхода из опьянения у некоторых пациентов отмечается остаточный бред или нарушения настроения, а также амнезия на период интоксикации.

ФЦД, подобно ЛСД, не вызывает синдрома отмены, но способствует развитию быстрой психологической зависимости. При хроническом употреблении ФЦД развивается психоорганический синдром с выраженным снижением памяти, нарушением других когнитивных функций, сонливостью, депрессией. Когнитивные и неврологические нарушения могут сохраняться в течение двух-трех недель после приема ФЦД.

Злоупотребление кетамином. Кетамин (каллипсол, кеталар) используется в медицинской практике в качестве средства для

кратковременного наркоза. Злоупотребление им в качестве галлюциногена получило распространение в Северной Америке и Европе с 80-х, а в России с 90-х годов XX века. В РФ злоупотребление кетаминном особенно распространено в подростковой среде и среди медицинских работников.

Наркотический эффект кетамина напоминает эффект фенциклидина, но менее сильный и продолжительный. Вводится внутримышечно и внутривенно. Эйфория характеризуется подъемом настроения, ощущением необычного блаженства, особой легкости тела, полета, расширения пространства. Отмечаются деперсонализация, дереализация и расстройства схемы тела. Затем возникают яркие зрительные галлюцинации, иногда космического, фантастического содержания. Теряется связь с окружающей действительностью. С удовольствием слушают музыку, иногда появляется ощущение, что сочиняют ее сами. Вторжение «в свой мир» внешних раздражителей может спровоцировать агрессию.

При выходе из интоксикации может развиваться психомоторное возбуждение со злобой, агрессией, брутальными действиями. Затем наступает спад, вялость, сонливость с подавленным настроением и выраженным влечением к повторению наркотизации.

Психическая зависимость формируется достаточно быстро, иногда после нескольких инъекций. Быстро нарастает толерантность. Вместе с тем возможно и эпизодическое употребление препарата без развития зависимости. Нередко злоупотребление носит циклический характер: несколько дней интоксикации сменяются идиосинкразией и светлым промежутком. По мере развития зависимости продолжительность светлых промежутков сокращается, изменяется действие препарата: слабеет эйфория, снижается яркость галлюцинаторных переживаний. Усиливается выраженность постинтоксикационной симптоматики. Физическая зависимость, как и от других галлюциногенов, не формируется. Известны случаи самостоятельного прекращения злоупотребления кетаминном.

Злоупотребление антипаркинсоническими средствами. Наиболее часто предметом злоупотребления служит циклодол (артан, паркопан).

Впервые циклодоловая токсикомания была описана в 1960-х годах среди лиц, проходивших лечение в психиатрических больницах. Это было связано с повсеместным назначением циклодола больным,

принимавшим нейролептики, для устранения побочных неврологических осложнений. В настоящее время циклодоловая токсикомания со второй половины 1970-х годов распространена преимущественно в подростковой среде и часто связана с употреблением других наркотических и токсических веществ.

Эйфорический эффект наступает от приема 3-5 таблеток (6-10 мг) циклодолола. В отдельных случаях эйфория может наступить и от терапевтической дозы (2-4 мг). Опыание наступает спустя 20-30 минут после приема препарата. Появляется приятная тяжесть в конечностях, покалывание в различных частях тела. Повышается настроение, появляется болтливость. Уходят неприятные переживания. Иногда возникают дереализационные переживания, когда появляется ощущение, что обстановка вокруг меняется, все становится необычно ярким, звуки четкими. Могут быть отдельные зрительные и слуховые иллюзии, к которым сохраняется критика. На высоте эйфории вегетативные нарушения сводятся к гиперемии лица, тахикардии, колебаниям АД, расширению зрачка, иногда к параличу аккомодации (становится невозможным прочитать мелкий шрифт). Могут наблюдаться движения пальцев и кистей рук — что-то невидимое все время крутят в руках. При приеме небольших количеств циклодолола опыание ограничивается только картиной эйфории без последующего помрачения сознания. Вслед за эйфорией может наступить фаза наркотического сна. Во сне пациенты беспокойны, разбудить их не удастся.

Если было принято достаточное количество препарата, то либо через 1-2 часа после приема препарата, либо после сна может развиваться картина циклодолового делирия. Во время делирия преобладают яркие, красочные галлюцинации. Их содержание, как и аффективный фон, на котором они возникают, зависят от ситуации, предшествовавшей интоксикации, и эмоциональной реакции больного на эту ситуацию. Если циклодол был принят в приятной компании во время веселья, то и видения представляют радужные картины, смешные происшествия, развлекающие сцены. Если же интоксикации предшествовали столкновения, драки, ссоры и т. д., то в картине делирия преобладает страх, видятся бандиты, «море крови», сцены насилия. Во всех случаях характерна калейдоскопическая смена галлюцинаторных переживаний.

Нередко наблюдается т. н. «симптом исчезающей сигареты»: у больного появляется ощущение, что между пальцами зажата

сигарета, но когда ее подносят ко рту, она исчезает. Циклодоловый делирий прерывается светлыми промежутками. Длительность психоза около суток. Затем наблюдается астения, вялость, сонливость днем и бессонница ночью.

При повторных приемах циклодолола у части подростков возникает желание с помощью небольших доз получить только эйфорию без делирия («кайф»). У части подростков, наоборот, появляется стремление испытать галлюцинации («поймать глюки»). Это дает возможность разделить психическую зависимость при циклодоловой токсикомании на эйфорическую и галлюцинаторную (Личко, Битенский, 1991). Описан абстинентный синдром, который появляется через 1¹/₂ года злоупотребления циклодолом в очень высоких дозах (Бабаян, Гонопольский, 1987). Он развивается через сутки после прекращения приема препарата и характеризуется психопатологическими и соматовегетативными нарушениями. Ощущается внутреннее напряжение, неблагополучие, снижается настроение, падает работоспособность. На этом фоне вспышки дисфории. Неврологически отмечается тремор всего тела, резко повышенный тонус скелетной мускулатуры, скованность движений, болезненные ощущения в мышцах спины, произвольные мышечные подергивания, маскообразное лицо. Абстинентные явления могут продолжаться до 2 недель.

У больных, длительно злоупотребляющих высокими дозами циклодолола, выявляются расстройства памяти, внимания, снижения сообразительности, замедление мышления, а также характерные вегетативные и неврологические проявления — порозовение щек в форме бабочки, алые губы, тремор пальцев, произвольные мышечные подергивания, повышение мышечного тонуса.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака

Табакокурение получило распространение в России в конце XVII — начале XVIII века. Табак содержит около 30 ингредиентов, большая часть из которых вредны для организма. Никотин — нейротропный яд, обладающий стимулирующим действием на ЦНС. Подсчитано, что большинству курильщиков для полного удовлетворения требуется по крайней мере 10 выкуренных сигарет или 10-40 мг никотина (в среднем 1-2 мг никотина в одной

сигарете) в день (Benowitz, 1992). Острая никотиновая интоксикация может возникнуть у начинающих курильщиков с низкой толерантностью, а также у детей в случае употребления никотина внутрь (поедание сигарет, окурков). Симптомы отравления никотином включают тошноту, рвоту, обильное слюнотечение и боль в животе, тахикардию и подъем АД, одышку, сужение зрачка. В выраженных случаях отмечаются спутанность сознания и возбуждение, расширение зрачка, сонливость, судороги и кома.

Помимо никотина, в легкие попадают канцерогены — бензпирен и его производные. Курение является основной причиной возникновения ряда онкологических заболеваний (Рис. 9.1).

Стадии никотинового синдрома развиваются индивидуально и зависят от времени начала курения, пола, возраста, физического состояния индивида. Постепенно формируется психическая зависимость, а впоследствии и физическая со своеобразным синдромом отмены. Курение и никотиновая зависимость имеют три компонента: 1) Прекращение потребления никотина вызывает развитие абстинентного синдрома, проявление которого достигает пика через 24-28 часов после прекращения курения. К ним относятся:



Рис. 9.1. Процент летальных исходов от рака в США, обусловленных курением (Наркомания, 1998)

чувство тревоги, дискомфорта, нарушение сна, раздражительность, нарушение способности концентрировать внимание, сонливость, повышенный аппетит и головная боль, усиление кашля в утренние часы, страстное желание покурить. Выраженность этих симптомов снижается через две недели. 2) Курение сигарет — привычка, которая часто возникает в ответ на стресс или от скуки. Привычка проявляется в том, чтобы подержать сигарету, поднести ее ко рту, вдыхать дым. Эти поведенческие реакции в дальнейшем закрепляются в результате активации никотином ЦНС. 3) Быстрое изменение уровня никотина в мозге после вдыхания дыма приводит к приятному ощущению. Эти три компонента зависимости и делают трудным прекращение употребления сигарет.

На действие никотина развивается толерантность. Описан ежедневный цикл курения: после дневного курения в течение 6-8 часов устойчивость к эффектам никотина к утру в основном исчезает. Поэтому многие курящие описывают сильный эффект первой выкуренной сигареты. С каждой последующей сигаретой толерантность возрастает, а в промежутках между курением возникают проявления синдрома отмены.

Курение — одна из причин развития нервных расстройств у подростков. Они становятся раздражительными, вспыльчивыми, плохо спят, появляется рассеянность, ослабевает внимание, нарушается память, умственная деятельность. Скрывая свой порок, курят тайком, торопливо затягиваются — при этом в два раза увеличивается концентрация никотина в дыме. Причиной курения в детском возрасте является, прежде всего, любопытство, желание показать себя перед сверстниками, «стать взрослым». Первое знакомство с табаком редко бывает успешным — появляются побочные никотина действия в виде тошноты, головокружения, головной боли, кашля и т. д. Однако желание «быть как все» толкает подростка на продолжение проб. Постепенно наступает привыкание, исчезают побочные симптомы, появляется приятное ощущение, начинает расти толерантность. Все это подкрепляется положительной эмоциональной реакцией подростка, что «теперь стал как взрослый». В последнее время растет число курящих девочек (эмансипация). Для растущего женского организма никотин еще вреднее.

Активная, планомерная борьба с курением в США, проводившаяся на правительственном уровне, привела к тому, что потребление сигарет с 41% в 1962 году снизилось к 1992

году до 25%. В молодежной среде курить стало «немодно», «не престижно».

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей (токсикомании, вызванные летучими ароматическими веществами)

Летучие ароматические вещества (ЛАВ), летучие ингальянты — вещества, которые вдыхают с целью получить токсическое опьянение.

Первые злоупотребления такого рода были описаны в конце XIX века в среде медицинских работников после широкого внедрения эфира для общего наркоза. В 60-е годы XX века злоупотребление различными ЛАВ впервые были описаны у детей и подростков (США, позже страны Европы). В нашей стране злоупотребление ингальянтами началось в конце 60-х годов — пятновыводителями (особенно пятновыводителем «Сопалс»), в 70-х годах — бензином (низкооктановым), а начиная с 80-х — клеем «Момент». Другие ЛАВ — ацетон, лаки, краски, толуол, нагретые стиральный порошок и сапожный крем и др. — использовались значительно реже. Для взрослых эта токсикомания нехарактерна.

Опьяняющий эффект достигается несколькими вдохами. Опьянение имеет свои особенности у разных ЛАВ (Личко, Битенский, 1991). Так, при опьянении от *паров бензина* сперва возникает раздражение верхних дыхательных путей, затем происходит покраснение лица и глазных склер, расширяются зрачки. Нарушается координация движений, речь становится дизартричной. Затем возникает эйфория без заметного усиления двигательной активности. Если в данный момент прекратить ингальцию, то признаки опьянения проходят за 15-30 минут и сменяются вялостью, головной болью, раздражительностью. Если ингальция продолжается, то на высоте эйфории сознание утрачивает ясность, окружающее воспринимается иллюзорно, развивается делирий. Делирий, главным образом, характеризуется истинными зрительными галлюцинациями устрашающего характера. Нередко к галлюцинациям имеется амбивалентное отношение: «с одной стороны, страшно, а с другой, жутко интересно».

Опьянение парами *пятновыводителей* также имеет свои особенности. Эйфория выражена очень ярко — лицо расплывается в блаженной улыбке, подросток начинает громко хохотать. Име-

ются сенестопатии в виде своеобразных ощущений, идущих от кожных покровов: покалывание, «приятное жужжание», «как под током». Далее следует визуализация представлений — «что захо-чу, то и увижу». Сами подростки называют эти ощущения «глю-ками» или «мультиками». Нередко содержанием «мультиков» яв-ляются подростковые сексуальные фантазии. При длительно продолжающейся ингаляции может возникнуть онейроидное по-мрачение сознания. Видения уже не возникают «по заказу», а пе-ред подростком разворачиваются сценopodobные галлюцинации, нередко фантастического содержания, напоминающие увлека-тельный фильм. Ощущение, что эти переживания нереальны, со-храняется. Подростки могут быть часами увлечены подобными видениями, периодически «добавляя дозу». Внешнее препятствие продолжению ингаляций вызывает озлобление, иногда агрессию.

Опьянение парами *ацетона* внешне напоминает картину тяжелого опьянения парами пияновыводителей. При тяжелом опьянении вслед за онейроидом может последовать сопор, а затем кома.

Для ингаляции *паров клея* (максимальную популярность с 80-х годов приобрел клей «Момент») используют целлофановые меш-ки. Раньше подростки натягивали их на голову целиком. После многочисленных смертельных случаев от асфиксии, подростки стали прикладывать мешок к лицу, чтобы при достижении выра-женного опьянения его уронить: тогда вытрезвление происходит само собой. Помимо эйфории, наиболее характерным является наплыв галлюцинаторных зрительных образов («мультиков»).

Синдром зависимости при злоупотреблении ЛАВ проявляется выраженным стремлением к наркотизации. Учеба, семья у подро-стка отходят на второй план. Формируется группа из 2-3 человек, нюхающих ЛАВ. Группа формируется по месту жительства или по месту учебы. Применение ЛАВ — проявление группового по-ведения подростков. Зависимость поначалу носит групповой ха-рактер. Ингалянтами пользуются почти исключительно мальчики (до 97%). Большинство начинает злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), хотя бывают случаи злоупотребления уже в 9—11 лет. В старшем подростковом возрасте большая часть прекращает злоупотребление ЛАВ. Многие переключается на злоупотребление алкоголем.

Влечение не носит компульсивного характера, т. к. наркотизацию можно прервать при изменении условий жизни (например, переезд в другой город). Диагностическими признаками зависимости при

злоупотреблении ингалянтами являются: 1) переход от группового употребления к ингаляциям в одиночку; 2) увеличение дозы потребляемого ПАВ; 3) ежедневные длительные ингаляции, иногда помногу часов; 4) повторные ингаляции в течение одного дня изо дня в день; 5) злобная агрессия в отношении тех, кто застал за ингаляцией и пытается помешать; 6) прекращение попыток скрывать ингаляции от родителей, учителей и т. д.

Абстинентный синдром возникает на 3-6 месяц систематического злоупотребления ЛАВ. К концу первых суток на фоне дисфории появляется головная боль, расширение зрачков, тремор. На вторые сутки усиливается тревога, подозрительность на фоне подъема АД и постоянной тахикардии. Затем напряженность сменяется тоскливым настроением, падением двигательной активности, ипохондрией. Высокая токсичность ЛАВ предопределяет быстрое появление последствий интоксикации — интеллектуальное снижение вплоть до слабоумия, которое приводит к инвалидизации подростков. В клинике на первое место выходит психоорганический синдром. Подростки делаются менее сообразительными, особенно в случаях, когда нужна быстрая реакция. Резко падает способность усваивать новый учебный материал. У одних преобладает нарастающая сонливость, вялость, медлительность, склонность держаться в стороне от сверстников. У других появляется склонность к аффективным реакциям, злобность, драчливость, агрессия по любому поводу.

В силу быстрого наступления энцефалопатии некоторые исследователи (Личко, Битенский, 1991) считают, что при злоупотреблении ЛАВ первая стадия, минуя вторую, сразу переходит в третью (исходную) стадию заболевания. Кроме непосредственных тяжелых последствий злоупотребления ЛАВ, исследования показали, что подростки-токсикоманы оказались группой высокого риска развития хронического алкоголизма (37% — к 23-37 годам). В то же время у тех подростков, кто эпизодически употреблял алкоголь без ингалянтов, уровень алкоголизма составил 6% к 23 годам и 11% к 32 годам (Попов, 1987).

Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков (полинаркомании)

Полинаркоманией называется злоупотребление двумя или более наркотиками. В. В. Дунаевский и В. Д. Стяжкин (1991) выде-

ляют три причины полинаркоманий: 1) Ранее применяемый наркотик не приносит желаемого эффекта в силу нарастающей толерантности, поэтому присоединяется более сильный наркотик. Так, например, описано совместное курение гашиша и опия. В настоящее время к использованию препаратов конопли чаще присоединяется героин. 2) При всех наркоманиях, особенно при злоупотреблении стимуляторами, наступает нарушение сна, что заставляет прибегать к употреблению снотворных, от которых формируется зависимость. 3) Привычный наркотик становится недоступен, тогда начинают использовать более доступный, например снотворные, алкоголь, токсические вещества. Это отмечается чаще на третьей стадии из-за финансовых проблем наркомана.

Существуют три варианта комбинированного употребления наркотиков: 1) Сочетанное употребление — одномоментное введение двух и более наркотиков или применение следующего наркотика в состоянии интоксикации предыдущим. 2) Перемежающее употребление — применение следующего наркотика сразу по окончании действия предыдущего. 3) Периодическое употребление — чередование периодов применения разных наркотических средств и их сочетаний.

В настоящее время отмечается рост сочетанного употребления наркотиков: среди общего числа больных наркоманией растет удельный вес больных с полизависимостью от разных веществ. Кроме того, в арсенале наркотических средств с течением времени появляются все новые вещества, в том числе самодельные, как правило, обладающие высокой наркогенностью. Сочетанная зависимость к двум и более препаратам может развиваться в одном спектре психоактивных веществ (например депрессантов ЦНС): алкоголь — снотворное — опиаты. Вместе с тем в последние годы все чаще встречается сочетанное применение кустарно изготовленных препаратов, относящимся к разным спектрам психоактивных веществ, каждый из которых обладает максимально высокой наркогенностью. Речь идет об опиино-эфедроновой полинаркомании, которая является одной из самых злокачественных (Стрелец, 2000).

Традиционно считалось, что опийные наркоманы не употребляют алкоголя и даже испытывают к нему отвращение. В настоящее время, особенно в молодежной среде, отмечается рост сочетанного употребления опиатов и алкоголя, вплоть до развития

хронического алкоголизма на фоне опийной наркомании или наоборот (Савченков и др., 2000).

В целом клиническая картина полинаркоманий всегда более тяжелая, т. к. определяется не простой суммой действия двух наркотиков, а результатом их взаимодействия.

Литература

1. Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. М., 1988. Т. 2. С. 169-218.
2. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — П.: Медицина, 1991. - 214 с.
3. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Клинические особенности постабстинентных нарушений при героиновой наркомании и некоторые подходы к их лечению // Журн. невропатологии и психиатрии. 1999. Т. 99, № 9. С. 28-33.
4. Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. - 448 с.
5. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
6. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
7. Рохлина М. Л. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М., 1999. Т. 2. С. 339-428.
8. Наркология / Ред. Л. С. Фридман и др. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.
9. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
10. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология. клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.

Глава X.

ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Употребление психоактивных веществ в наши дни характеризуется новыми и крайне опасными тенденциями. Прежде всего это снижение возраста начала употребления наркотиков. Если еще несколько лет назад в ряде отечественных и зарубежных руководств можно было прочесть, что средний возраст начала употребления наркотических препаратов составляет 17-18 лет (Пятницкая, 1994; Фридман и др., 1998). Теперь же этот возраст снизился до 14 лет; перестали быть казуистическими случаи начала употребления сильных наркотиков в 12-10-летнем и еще более молодом возрасте (Шабанов, Штакельберг, 2000). Другой тенденцией является стирание половых различий у подростков, употребляющих наркотики. Ранее всегда абсолютно лидировали мальчики-подростки, девочки составляли от 10 до 15 % наркоманов (Личко, Битенский, 1991). В настоящее время соотношение мальчиков и девочек составляет 3 : 1 за счет резкого увеличения числа подростков женского пола, употребляющих наркотические вещества. Третьей тенденцией является стремительный рост наиболее тяжелой формы наркомании — опиатной, а среди вариантов опиатной — наиболее злокачественной героиновой наркомании. Согласно данным официальной статистики, только за период с 1994 по 1999 год число подростков, состоящих на учете по поводу наркозависимости, увеличилось почти в 4 раза и составило в Санкт-Петербурге 104 человека на 100 000 населения. В ряду различных форм зависимости на первое место вышла самая злокачественная — героиновая (92%). Еще пять лет назад опиная наркомания составляла 50-60% всех наркоманий (Шабанов, 1999), а героиновая форма была представлена единичными случаями.

Удельный вес подростков среди всех наркоманов к концу века превысил 25%, что свидетельствует о значительном «омоложении» наркотической зависимости. В настоящее время до 40% подростков имеют опыт употребления наркотиков, причем первая проба у 41% происходила в возрасте от 11 до 14 лет, а у 51% — в возрасте 15-17 лет (Шабанов, Штакельберг, 2000). Среди выпускников петербургских школ с наркотиками уже «знакомы» 20-25% учащихся.

Традиционно в наркологии принято выделять т. н. «группы риска», т. е. подростков, в силу разных обстоятельств могущих стать наркоманами. Одним из важных факторов, определяющих попадание подростка в группу риска, считается наличие наркоманов среди ближайшего окружения (родственники, друзья, одноклассники и т. д.). Исходя из приведенных выше данных, можно говорить, что сейчас все подрастающее поколение попадает в группу риска по наркозависимости.

Подростковый возраст как фактор риска развития аддиктивного поведения

Подростковый возраст (пубертатный период) с давних пор считается фактором, способствующим развитию алкоголизма и токсикомании (цит. по Личко, Битенский, 1991). Известно, что если аддиктивное поведение начинается с подросткового периода, то риск формирования химической зависимости оказывается высоким. Так, до 75% алкоголиков и наркоманов начинают употреблять психоактивные вещества будучи подростками.

В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной степени определяется характерными для этого периода жизни реакциями эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения (хобби), имитации, а также формирующимся сексуальным влечением (Личко, 1985). Именно эти реакции могут оказаться факторами, как способствующими злоупотреблению психоактивными веществами, так и препятствующими аддиктивному поведению. Поэтому имеет смысл подробнее остановиться на поведенческих реакциях пубертатного периода.

Реакция эмансипации проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, руководства, покровительства со стороны родных, воспитателей, преподавателей, вообще всех стар-

ших по возрасту, от установленных ими порядков, правил и законов. Все, что уважается и ценится взрослыми, подростками отвергается. Реакция эмансипации может быть направлена как на конкретных взрослых (родители, учителя и т. д.), так и на все взрослое поколение в целом. В последнем случае, когда реакция эмансипации сочетается с реакцией группирования со сверстниками, поведение может становиться антисоциальным, достигать уровня молодежного бунта.

Одним из проявлений реакции эмансипации служит особая форма поведения, которая получила название «отравление свободой» (Личко, Битенский, 1991). Подобное поведение развивается, когда строго регламентированная жизнь подростка сменяется полной свободой, а повседневная опека — самостоятельностью. Все это может случиться, когда подросток вырывается из-под подавляющей семейной опеки, при окончании учебного заведения, побеге из воспитательно-трудового учреждения, при выписке из больницы после длительной госпитализации и т. д. При «отравлении свободой» поведение подростка становится противоположным тому, что от него требовалось раньше. Привлекает именно то, что не дозволялось. Поэтому «отравление свободой» будет способствовать аддиктивному поведению с поисковой мотивацией, т. е. стремлению попробовать все, испытать на себе действие тех дурманных веществ, которые можно раздобыты

Реакция увлечения (хобби), в отличие от реакции эмансипации, как правило, препятствует аддиктивному поведению. Более того, появление стойких интересов и увлечений способствует резкому сокращению приема спиртных напитков в старшем подростковом и юношеском возрасте (Попов, 1987).

Особенно противодействующим фактором являются интеллектуально-эстетические хобби (увлечение литературой, музыкой, живописью, историей, философией и т. д.). Телесно-мануальные хобби (стремление развивать силу, ловкость, достигать высоких спортивных результатов и т. д.) препятствует аддиктивному поведению. Однако эти увлечения могут подтолкнуть подростка к злоупотреблению допингами в виде анаболических стероидов и/или стимуляторов, чтобы добиться максимальных достижений.

Единственное исключение составляет особый вид хобби, названный информационно-коммуникативным (Личко, Битенский, 1991). Подростки все время отдают бездумному общению со

сверстниками, поглощению и обмену малозначимой и не требующей никакой интеллектуальной переработки информацией. Отсюда следует тяготение к асоциальным компаниям сверстников. Такое поведение легко сочетается со злоупотреблением алкоголем, знакомством с различными наркотическими и токсическими веществами. Однако главным побудительным мотивом и фактором, способствующим аддиктивному поведению, является не сама жажда новой информации, а влияние асоциальных компаний, где этой информацией обмениваются.

Реакция имитации — это стремление подростка копировать поведение, манеру общаться и одеваться, вкусы и пристрастия людей, обычно более старших по возрасту, к которым он испытывает положительные чувства — от уважения до слепого почтения и обожания кумира. В качестве объекта имитации могут выступать эстрадные и музыкальные звезды, киноактеры, любые известные личности, либо лидеры своей подростковой среды, пользующиеся авторитетом и уважением. ,

Реакция имитации может как способствовать, так и препятствовать аддиктивному поведению. Если объект или объекты имитации ведут образ жизни, связанный с употреблением алкоголя и наркотиков, то и подросток будет следовать их примеру. Наоборот, если «кумир» ратует за здоровый образ жизни, интересные увлечения, занятия спортом, то его поведение будет играть роль достаточно мощного антинаркотического фактора.;

Отдельно следует сказать о т. н. отрицательной реакции имитации, когда подростки из асоциальных семей строят свой образ жизни, исходя из противоположного тому, что видели в родительских семьях. Такие подростки становятся абсолютными трезвенниками и категорически осуждают употребление любых психоактивных веществ, прилежно учатся, достигают карьерного роста, строят благополучные семьи. К сожалению, это встречается существенно реже, чем обратное: влияние неблагополучной семьи является достаточно мощным фактором, способствующим аддиктивному поведению.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, в определенной мере могут влиять на выбор психоактивных веществ и даже способствовать злоупотреблению ими. Некоторые из летучих ароматических соединений (ингалянтов) способствуют визуализации представлений («что захочу, то и увижу»),

в том числе сексуального содержания. Подобные визуализированные сексуальные представления сопровождаются сексуальным побуждением вплоть до оргазма. На сленге подростков это иногда обозначается словами «смотреть стриптиз». Подобная сексуальная мотивация злоупотребления ингалянтами свойственна подросткам младшего подросткового возраста.

Препараты, получаемые из эфедрина и эфедрин содержащих смесей, обладают свойствами сильного сексуального допинга и могут использоваться подростками, уже ведущими половую жизнь. В подростковой среде бытует расхожее мнение, что курение препаратов конопли также способствует повышению потенции и делает сексуальные ощущения особо острыми и привлекательными. В данном случае речь идет о растормаживающем действии конопли, устранении социальных и психологических тормозов. С той же целью нередко используется и алкоголь.

Реакция группирования со сверстниками является ведущим социопсихологическим фактором, способствующим аддиктивному поведению (Личко, Битенский, 1991).

Группа сверстников для подростка служит, во-первых, важным каналом информации, которую он не может получить от взрослых; во-вторых, новой формой межличностных отношений, в которой подросток познает окружающих и самого себя; в-третьих, группа представляет новый вид эмоциональных контактов, невозможных в семье.

В социальной психологии подростковые группы разделяют на «просоциальные» (т. е. следующие по пути, на который их наставляет общество), «асоциальные» (т. е. пренебрегающие господствующими в обществе идеалами, нормами поведения и образом жизни) и «антисоциальные» (т. е. активно бунтующие против идеалов, правил и законов, установленных старшим поколением). Такое разделение подростковых групп само по себе еще не определяет их связи со злоупотреблением психоактивными веществами.

Так, комсомольские компании ушедшей советской эпохи, которые должны были бы служить образцом «просоциальности» в социалистическом обществе, отнюдь не всегда отличались высоким уровнем трезвости. В «просоциальной» группе, объединившейся, например, в силу интереса и занятий каким-либо видом спорта, вполне поощряемым старшими и обществом в целом, может распространиться злоупотребление не только допингами, но

и наркотиками. Из самодеятельного кружка или спортивной команды может родиться группа наркоманов. С другой стороны, некоторые антисоциальные подростковые группировки в силу господствующих в них фанатических убеждений могут активно препятствовать наркотизации и алкоголизации своих членов.

Иное разделение подростковых групп на жестко регламентированные и свободные (Личко, 1985) также само по себе еще ничего не говорит об их отношении к наркотикам.

Жестко регламентированная группа отличается постоянным составом, безраздельной властью вожака, «своей» территорией, твердо установленными взаимоотношениями между членами группы, иерархией подчинения между ними, борьбой с соперничающими группами. Но жестко регламентированной может быть и упомянутая антисоциальная группа, с ненавистью и презрением относящаяся к наркоманам и алкоголикам и отвергающая употребление всех дурманных веществ. В то же время не менее жестко регламентированной может быть группа наркоманов, в которой господствуют суровые неписанные законы и абсолютная власть вожака.

Свободная подростковая группа характеризуется непостоянным составом (одни приходят, другие уходят), нечетким распределением ролей, отсутствием постоянного лидера. Подобными группами могут быть территориальные («дворовые») компании, сборища около дискотек и т. п. В этих группах злоупотребление различными веществами зависит от множества факторов. Но нередко, если один подросток «заносят» какое-либо вещество, то может «заражать» его злоупотреблением многих членов компании.

В современном поколении подростков в нашей стране можно увидеть следующие типы групп, большая часть из которых и их отношение к аддиктивному поведению были описаны В. С. Битенским и др. (1989).

Территориальные группы — объединяют сверстников по месту учебы или по месту жительства — в одном большом доме («дворовые компании»), городском микрорайоне, одном поселке и т. п. Внутри одной территории возможно возникновение разных групп; тогда подростки делятся еще по какому-либо принципу — от учебы в одной школе или профессионально-техническом училище до национального признака.

Территориальные группы могут быть как свободными, так и жестко регламентированными. Распространению жестко регламентированных групп способствует определенная социальная обстановка и в целом — общественный или экономический кризис, переломные периоды в истории. Ничего, кроме принадлежности к «своим», такую группу не объединяет. Ее сплачивает борьба, порой довольно жестокая, с другими группами, преимущественно также территориальными. Чужака на «своей» территории ждет избиение. Обычно имеются излюбленные места сборищ во дворе или на улице, в подъездах, подвалах и т. п. Кроме драк и побоищ, группе остается пустое времяпрепровождение («информационно-коммуникативное хобби»), азартные игры, делинквентные поступки, выпивки, а если появится соблазнитель, то и различные токсические вещества, включая наркотики. Многие из подобных территориальных групп превращаются в делинквентные.

Территориальные подростковые группы, возможно, являются главным источником злоупотребления не только алкоголем, но и другими дурмнящими средствами, в особенности ингалянтами и гашишем. Более 70 % курильщиков гашиша начали его курить в группе сверстников по месту жительства или учебы.

Делинквентные и криминальные группы отличаются друг от друга условно — лишь по тому, подвергаются ли совершаемые группой проступки наказанию, согласно Уголовному кодексу, или нет. Делинквентным поведением принято называть ненаказуемые, согласно Уголовному кодексу, проступки и правонарушения — обычно это мелкое хулиганство и мелкое воровство, драки без нанесения тяжких повреждений, уклонение от учебы и труда и т. п. Криминальное поведение включает уголовно наказуемые действия.

Делинквентные группы, как правило, жестко регламентированы. Власть вожака может быть очень велика. Часто при себе он держит «адъютантов» — подростков, физически сильных, но с невысоким интеллектом. Их кулаками вожак творит расправу над непослушными членами группы. Роль и место каждого в группе строго определены. Низшую ступень в иерархии занимают физически слабые и безвольные, всем в группе обязанные угождать («шестерки» — от названия младшей в колоде карты). Тем не менее они держатся за группу, так как она защищает их от более страшной расправы чужих групп, предпочитая суровый комфорт

среди своих. Злоупотребление алкоголем и другими токсическими веществами, как правило, ограничивается отдельными эпизодами. Зависимость развивается далеко не у всех членов подобных групп.

Наркоманические группы обычно состоят из наркоманов, т. е. из тех, у кого уже сформировалась зависимость от наркотика. Но члены такой группы стараются привлечь и удержать склонных к злоупотреблению новичков. Их соблазняют и поначалу могут бесплатно снабжать наркотиками с тем, чтобы предъявить «счет», когда у тех разовьется зависимость. Различают первичные и вторичные наркоманические группы (Битенский и др., 1989). В первичных группах наркотик с самого начала был фактором, собравшим группу. Вторичные группы сперва объединялись по какой-либо иной причине (например, территориальные или делинквентные группы, спортивные «фанаты», реже «металлисты»), а затем в группе остались лишь те, кто пристрастился к наркотикам.

Наркоманические группы обычно немногочисленны. Их объединяет добыча наркотиков, при надобности изготовление их, переработка сырья, которая может быть налажена по конвейеру, совместное употребление, а иногда и торговля наркотиками. Группы, как правило, являются жестко регламентированными. Лидером нередко бывает молодой, совершеннолетний, обладающий криминальным и наркоманическим опытом. Опытный лидер-наркоман следит также за тем, чтобы избежать передозировки наркотика.

Роли всех членов в наркоманической группе определены. Максимально используются способности и личностные особенности каждого, «Шустрила» ищет источник снабжения, перепродает изготовленное. «Гонец» служит переносчиком наркотика. «Кролик» получает наркотик бесплатно за то, что дает «учителю» возможность оценить на нем первом силу препарата.

Лидер группы обкладывает ее членов денежной податью, ведет счет «долгам», притом так, что все члены скоро оказываются в кабальной денежной зависимости от него. Долги достигают крупных размеров, так как лидер может произвольно накладывать денежные штрафы за малейшие провинности и неподчинение его приказам. При желании наркомана покинуть группу ему немедленно предъявляется «долг», непосильный для

оплаты. Подобным долгом подростки-наркоманы могут шантажировать своих родителей, выпрашивая у них крупные суммы денег якобы для того, чтобы «раз и навсегда» освободиться от группы и «завязать».

Итак, именно реакция группирования со сверстниками является основным фактором риска вовлечения подростка в употребление, а затем и злоупотребление психоактивными веществами.

Следует отметить, что в разные периоды подросткового возраста происходит изменение отношения к наркотикам. Г. В. Латышев с сотр. (1991) на базе Центра профилактики наркоманий (г. Санкт-Петербург) провели интересное исследование, как в разных возрастных группах происходит накопление знаний о наркотиках и формируется отношение к ним.

10-12 лет

Интересует все, что связано с наркотиками — их действие, способ употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьез не воспринимают. Сами наркотики не употребляют (возможна токсикомания), с употребляющими знакомы единицы. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

12-14 лет

Основной интерес вызывает возможности употребления «легких» наркотиков — марихуана за наркотик не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие — из любопытства; знакомы с потребителями многие. О наркотиках знают много — из опыта знакомых или по рассказам. Многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

14-16 лет

По отношению к наркотикам формируются три группы.

1. *Употребляющие и сочувствующие* — интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении без наличия зависимости. Употребление наркотиков считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.

2. *Радикальные противники* — «сам никогда не буду и не дам гибнуть другу». Многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности.

3. *Не определившие своего отношения к наркотикам.* Значительная их часть может начать употребление под влиянием Друзей.

16-18 лет

Группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках: они детализируются и становятся более объективными.

В группе *употребляющих и сочувствующих* пожинают первые плоды, в связи с этим большой интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие.

Среди *радикальных противников* растет число людей, осознающих необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации.

Аддиктивное поведение

В последние годы в отечественной литературе все чаще используется английский термин аддиктивное поведение (addictive behavior), которым называют злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась зависимость (Miller, 1984; Landry, 1987). Ц. П. Короленко (1991, 2000) дает более широкую трактовку определения аддиктивного поведения: это «одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций».

С точки зрения А. Е. Личко и В. С. Битенского (1991), для подростков термин аддиктивное поведение представляется наиболее адекватным, поскольку указывает на то, что речь идет не о болезни, а о нарушениях поведения. Авторы выделяют два пути по которым развивается аддиктивное поведение. В первом случае подростки пробуют различные ПАВ: бензин, клей, затем алкогольные напитки, не гнушаясь при этом предложенными таблетками или сигаретами с марихуаной. Последовательность употребления мо-

жет быть различной, экспериментирование продолжается до того момента, пока не будет окончательно выбрано наиболее предпочитаемое вещество. Иногда злоупотребление обрывается раньше.

Во втором — наблюдается злоупотребление только одним каким-нибудь ПАВ (бензин, алкоголь и др.). Ранее сосредоточение на одном наркотике обычно связано с недоступностью других, реже происходит произвольный выбор.

Д. Д. Исаев и др. (1997) описывают несколько моделей аддиктивного поведения или пристрастия к наркотикам.

Успокаивающая модель. Это один из наиболее распространенных вариантов применения ПАВ и наркотиков с целью достижения душевного спокойствия. Их употребление направлено на снятие напряжения, на то, чтобы расслабиться, успокоиться, забыть, уйти от неприглядной или опасной действительности, от неразрешимых жизненных проблем. Отдельные подростки употребляют ПАВ для изменения эмоционального состояния: тревоги, депрессии, апатии.

Коммуникативная модель. Эта модель пристрастия к наркотикам может возникнуть в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием ПАВ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в своих возможностях.

Активирующая модель. Некоторые подростки применяют ПАВ для подъема жизненных сил, бодрости, усиления активности. Будучи неуверенными в своих силах и возможностях, имея пониженную самооценку, подростки пытаются достичь прямо противоположного — уверенности, бесстрашия, раскованности.

Гедонистическая модель. Употребление ПАВ используется также и для получения удовольствий, приятных ощущений, психического и физического комфорта. Потребители стремятся создать фантастический мир галлюцинаторных образов, пережить блаженное состояние эйфории.

Конформная модель. Стремление подростков подражать, не отставать от сверстников, быть принятым группой может привести к потреблению ПАВ с этой целью. Развитие этой модели связано со стремлением подражать лидерам, некритически перенимать все, что касается коллектива, к которому принадлежит подросток.

Манипулятивная модель. Возможно использование ПАВ для манипулирования другими, для их эксплуатации, для изменения ситуации в собственную пользу, для достижения тех или иных преимуществ. Демонстративные подростки, например, желая привлечь к себе внимание своей необычностью, способностью добиться лидирующего положения, охотно пользуются наркотиками и алкоголем.

Компенсаторная модель. Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармонии характера.

Особенностью аддиктивного поведения является то, что оно по существу не является заболеванием. Медикаментозное лечение в этих случаях может быть направлено на детоксикацию, если в этом есть необходимость, а психотерапевтические приемы используются с целью психопрофилактики. Главным же при аддиктивном поведении являются не медицинские, а воспитательные меры.

Аддиктивное поведение и преморбид

А. Е. Личко (1985) подчеркивал, что важную роль в развитии аддиктивного поведения играют преморбидные особенности личности, точнее особые типы акцентуации характера, *i*

На примере ранней алкоголизации у подростков можно проследить, как та или иная акцентуация влияет на становление алкогольного варианта аддиктивного поведения. Подростки с акцентуациями неустойчивого, эпилептоидного, гипертимного и истероидного круга наиболее склонны к выпивкам. Алкоголизация у неустойчивых — это результат их тяготения к легким развлечениям, способность легко попадать под дурное влияние. Побудительный мотив — получить веселое настроение. Это перекликается с мнением К. Леонгарда (1989), что общей характерологической особенностью, которая предрасполагает к алкоголизму, является сниженная способность к самоконтролю, тенденция действовать по минутному впечатлению. У неустойчивых чаще встречаются неглубокие степени опьянения. Сходный с неустойчивыми тип алкоголизации отмечается и у гипертимных подростков. У эпилептоидных подростков картина алкоголизации иная: короткая стадия эйфории, затем опьянение по дисфорическому

тину — агрессия, аутоагрессия. может быть сексуальное насилие. Эпилептоиды напиваются до тяжелых степеней опьянения. Для них алкоголизация — это своеобразная «разрядка» накопившегося напряжения и раздражения. Истероиды и в алкоголизации остаются демонстративными — преувеличивают степень опьянения, с пафосом рассказывают сверстникам о большом количестве спиртного, которое они могут выпить. Иногда изображают алкогольных эстетов: рассказывают сверстникам, что они употребляют только элитные алкогольные напитки, причем определенного сорта.

А. Е. Личко (1983; 1985) подчеркивал, что именно акцентуанты неустойчивого круга наиболее подвержены риску развития аддиктивного поведения в целом, поскольку именно у них наиболее развита реакция группирования со сверстниками. В более поздних исследованиях особенностей акцентуаций характера подростков с аддиктивным поведением и наркоманией было выявлено преобладание эпилептоидного и истероидного типа (Гузилов и др., 1993). В последних публикациях появились сообщения о преобладании гипертимных и конформных акцентуантов, наряду с эпилептоидными, в наркотизирующейся подростковой популяции (Романов, Горпиенко, 2001). Появились исследования, где приводятся данные о преобладании различных типов акцентуаций при разных формах наркомании: среди больных эфедроновой наркоманией чаще всего встречаются истероидные акцентуанты, а среди опийных наркоманов — эпилептоидные (Штакельберг, 1999).

Ц. П. Короленко (1991) выделяет наиболее характерные черты личности подростков, которые могут способствовать развитию аддиктивного поведения.

Сниженная переносимость трудностей. Обуславливается наличием гедонестической установки (стремлением к немедленному получению удовольствия, удовлетворению своих желаний). Если желания аддиктов не удовлетворяются, они реагируют либо вспышками негативных эмоций, либо уходом от появившихся проблем. Это сочетается с повышенной обидчивостью, подозрительностью, что влечет за собой частые конфликты.

Скрытый комплекс неполноценности находит свое отражение в частых сменах настроения, избегании ситуаций, в которых их способности могут быть объективно проверены. Поверхностный характер социабельности и ее ограниченность во времени

сочетается с обостренным стремлением произвести на окружающих положительное впечатление. Уход от ответственности в принятии решений и взваливание ее на других, поиск оправдательных аргументов в нужный момент.

Стереотипичность, повторяемость поведения. Сложившийся стереотип поведения легко предсказуем, но его трудно изменить. Зависимость проявляется в виде подчинения влиянию других людей с аддитивной направленностью. Иногда наблюдается пассивность, отсутствие самостоятельности, стремление к получению поддержки.

Тревожность у аддиктов тесно связана с комплексом неполноценности, зависимости. Особенность состоит в том, что в кризисных ситуациях тревожность может отступать на второй план, в то время как в обычной жизни она может возникнуть без видимых причин или при событиях, не являющихся действительным поводом для переживаний.

Переход аддитивного поведения в химическую зависимость

Риск развития алкоголизма, наркоманий и токсикомании при наличии аддитивного поведения, по данным разных авторов, не одинаков. В отношении опиатов величина риска указывается от 19 до 38 % (Maddux, Desmond, 1980). По данным Д. Лэйдвиг (Ladewig, 1972) — 42 %. В то же время известно, что 95 % молодых американских военнослужащих, воевавших во Вьетнаме и там злоупотреблявших наркотиками, вернувшись домой в США, бросили злоупотребление ими. Только 5 % сразу обнаружили себя заядлыми наркоманами, а еще 16 % вернулись к наркотизации в дальнейшем. Риск зависит от ряда факторов, в том числе от того, каким веществом начинают злоупотреблять. Внутривенное введение наркотиков значительно повышает риск. Но среди подростков, склонных к выпивкам, через 10 лет лишь у 12 % был диагностирован хронический алкоголизм (цит. по Личко, Битенский. 1991). Факторы, способствующие или препятствующие переходу аддитивного поведения в болезнь, можно разделить на социальные, психологические и биологические.

К *социальным факторам* относятся доступность вещества для подростка, «мода» на него, степень грозящей ответственности, влияние группы сверстников, к которой принадлежит подросток.

К *психологическим факторам* можно отнести тип акцентуации характера подростка, привлекательность возникающих ощущений и переживаний, выработка гедонистической установки, страх причинить реальный (в глазах самого подростка) вред самому себе, в частности своему здоровью. Важное значение придается отсутствию социальных интересов и стремлению к самоутверждению (Битенский и др., 1989).

Среди *биологических факторов* можно особо выделить степень изначальной толерантности (например индивидуальная непереносимость или, наоборот, высокая устойчивость). К ним также относятся отягощенная алкоголизмом наследственность (пьянство и алкоголизм родителей до рождения ребенка), резидуальное органическое поражение головного мозга, хронические болезни печени с нарушением ее детоксицирующей функции. Но важнейшим из биологических факторов является природа того вещества, которым злоупотребляют. Чем сильнее психоактивное вещество, чем выше его наркогенный потенциал, тем выше риск развития химической зависимости. .

Согласно традиционной у нас в стране классификации, наркомания встречается в подростковом возрасте в первой и второй стадиях. Третья стадия является результатом многолетнего течения заболевания и не успевает развиваться в подростковом периоде. Подробные описания стадий наркоманий даны в предыдущих главах. Главной особенностью протекания химической зависимости у подростков является, прежде всего, злокачественность, быстрое прогрессирование заболевания, наступление его расцвета — второй стадии, с мощной физической и психической зависимостью и абстинентным синдромом.

Клинические и психологические аспекты раннего алкоголизма

Уровень алкоголизации подрастающего поколения в значительной степени может быть своеобразным индикатором психического здоровья нации. В последние десятилетия наметился рост алкоголизма в молодежной среде. По данным эпидемиологических исследований, проведенных с помощью анонимного анкетирования, часто употребляют спиртные напитки 25% мальчиков-подростков и 17,2% девочек. По данным другого исследования, часто употребляют спиртные напитки 72,4% девочек и 71,6%

мальчиков. Такие различия в полученных данных связаны, в первую очередь, с неодинаковыми критериями оценки частоты алкоголизации (Кошкина. 2000). Согласно последним зарубежным исследованиям, в Ирландии (стране, близкой к России по характеру алкоголизации) среди 15-летних школьников 36% мальчиков и 22% девочек употребляли спиртное, среди 17-летних эти показатели составили 63% и 40% соответственно, причем число пьющих девушек с 1984 по 1991 г. удвоилось (цит. по Альтшулер, 1999). Вместе с тем данные американских исследований свидетельствуют о существенном снижении потребления алкоголя среди школьников США за последние 15 лет (Коэн и др., 1998).

Ранний (или подростковый) алкоголизм формируется в возрасте от 13 до 18 лет и подразумевает развитие хотя бы первой стадии заболевания. Тем не менее алкоголизм у подростков встречается относительно редко, поскольку алкоголизм как заболевание развивается в течение определенного промежутка времени и не успевает сформироваться к совершеннолетию. Поэтому наиболее актуальной проблемой в этом возрасте является ранняя алкоголизация. Ранняя алкоголизация — это знакомство со спиртным до 16 лет и регулярное его употребление в старшем подростковом возрасте (Личко, Битенский, 1991).

Ранняя алкоголизация рядом авторов рассматривается как нарушение поведения (Личко, 1985; Личко, Битенский. 1991; Сидоров, Митюхляев, 1999).

В подростковой психиатрической клинике, по данным А. Е. Личко (1985), хронические алкоголики занимают 2% (причем у 2/3 из них диагностировалась 1 стадия, а у 1/3 — 2 стадия заболевания).

Диагноз раннего алкоголизма ставится на основании следующих критериев: 1) появление психической зависимости; 2) повышение толерантности; 3) утрата рвотного рефлекса; 4) утрення анорексия; 5) палимсесты опьянения.

Групповая психическая зависимость предшествует индивидуальной психической зависимости. Потребность в выпивке возникает в «своей» компании. За пределами группы — тяги нет. Индивидуальная психическая зависимость — алкоголизация становится главным интересом в жизни (пьют 2-3 раза в неделю). Повышение толерантности надо оценивать с учетом роста и физического развития подростка,

Особенности второй стадии (встречается достаточно редко): в абстинентном синдроме преобладают соматовегетативные расстройства. Иногда неожиданные подъемы АД.

Алкогольные психозы у подростков очень редки. Чаще, всего это спровоцированные алкоголем приступы шизофрении,^j

Проблема злокачественности раннего алкоголизма неоднозначна. Традиционным является представление, что ранняя алкоголизация в подростковом возрасте неминуема ведет к злокачественному алкоголизму (Стрельчук. 1964 и др.). В то же время в последние десятилетия преобладает точка зрения, что злокачественное течение алкоголизма отмечается только у подростков с преморбидной отягощенностью (Ураков, Куликов, 1977; Личко, 1985; Пятницкая, 1988; Личко, Битенский, 1991; Шабанов, 1999).

Как правило, ранний алкоголизм свидетельствует об изначальной психопатичности. По данным разных авторов, число случаев психопатии при алкоголизме колеблется от 25 до 52 % (Сидоров, Митюхляев, 1999). Наиболее часто ранний алкоголизм формируется у неустойчивых и epileптоидных психопатов. У неустойчивых формирование происходит медленно — как следствие регулярных выпивок, часто в асоциальных компаниях. Параллельно алкоголизации происходит нарастание делинквентности. При epileптоидной психопатии путь иной: после тяжелых первых опьянений с агрессией и аутоагрессией может пробудиться компульсивное влечение пить «до отключки». Это одно из проявлений нарушения влечений при epileптоидной психопатии. Epileптоидные психопаты легко переходят к алкоголизации в одиночку. Деньги при этом вымогают у близких и сверстников. С другой стороны, при психастенической и сенситивной психопатии ранняя алкоголизация встречается крайне редко.

Кроме психопатов, злокачественное течение алкоголизма отмечается у умственно отсталых подростков, подростков с резидуально-органической мозговой недостаточностью, у подростков с черепно-мозговыми травмами.

Исследования Н. Н. Иванцова, Е. С. Меньшиковой (цит. по Завалялов. 1988) позволили выделить четыре характерологические группы лиц с различной динамикой развития алкоголизма.

1 группа лиц — самая многочисленная. Им свойственны общительность, хорошая приспособляемость к жизни, преимущественно приподнятое настроение, сангвинические черты характера. Эти

люди спокойно, раскованно чувствуют себя в любом обществе, легко вступают в контакт, заводя новые знакомства. Имеют много приятелей, друзей. Они стараются не ставить перед собой сложные проблемы, их внутренний духовный мир обычно обеднен, интересы просты, физиологичны, как правило, направлены на удовлетворение «плотских радостей», материальное благополучие. Перечисленные черты характера часто сочетаются со стремлением избегать самостоятельных решений. Они подвержены влиянию окружающих, личностно неустойчивы. Систематически употреблять алкоголь начинают в возрасте 20-25 лет. Сам же алкоголизм формируется в сроки 6-15 лет.

2 группа лиц. К ней можно отнести астенические личности, которые характеризуются ранимостью, утомляемостью, раздражительностью, склонностью к ипохондрии, затруднениями в общении. Они подолгу обдумывают свои действия, предпочитают уединенные занятия. В обществе чувствуют себя неуверенно. Внимательно следят за своими телесными ощущениями, обращаются с этим к знакомым, посещают врачей. Незначительные психогенные травмы сказываются на их настроении, снижают работоспособность, затрудняют выполнение обычных повседневных дел. Систематически употреблять алкоголь начинают в 18-23 года. Основные симптомы алкоголизма у них формируются медленнее, чем у лиц 1 группы.

3 группа лиц. В нее входят подростки со стеническими чертами характера — энергичные, собранные, дисциплинированные, со стремлением обязательно достичь поставленную цель. Их отличает уверенность в своих силах и способностях, повышенная самооценка, самостоятельность, постоянная забота о своей репутации, нетерпимость к суждениям, которые их не удовлетворяют своим содержанием. Эти юноши и девушки работоспособны, ответственны, активны, легко находят оригинальные способы решения профессиональных проблем, стремятся справиться с ними самостоятельно, часто в ущерб личному времени. Они достаточно общительны, легко находят контакт с «нужными» людьми. Этап систематического употребления алкоголя приходится у них на возраст 22-26 лет. Основные симптомы алкоголизма обнаруживаются не ранее, чем через 15 лет.

4 группа лиц. Ее составляют люди с истероидно-возбудимыми чертами характера. Для них характерны: демонстративность по-

ведения, стремление обратить на себя внимание, эмоциональная неустойчивость, сниженный контроль за своими поступками, беспечность, легкость в решении любых вопросов, повышенное самомнение. Свои желания они стремятся выполнить в кратчайшие сроки, без адекватного учета окружающей обстановки. Индивидуальной особенностью этих подростков является открытое пренебрежение к принятым в обществе моральным нормам. Систематическое употребление алкоголя у них начинается в 17-20 лет. Основные симптомы алкоголизма формируются в очень короткие сроки — от 1,5 до 3 лет.

Видно, что и в данном исследовании подтверждается мысль, что именно личностные особенности подростков (4-я группа) являются той почвой, на которой возникает ранний алкоголизм. ;

Данные Н. Н. Иванцова и Е. С. Меншиковой перекликаются и с исследованием Г. Е. Барнес (Barnes, 1979), где выделяются некоторые особенности личности подростка-алкоголика (Табл. 10.1).

Таблица 10.1. Особенности личности подростка-алкоголика

I. Слабость «Я»	II. Преувеличение интенсивности стимуляции
Нарушение сексуальной идентификации Негативная самоконцепция Психопатические черты Враждебность Незрелость в целом Импульсивность Низкая толерантность к фрустрациям Преимущественная ориентация на настоящее время (здесь и сейчас)	Повышенная «сенсорная» чувствительность Ипохондричность Страх смерти
III. Зависимость	IV. Невротизм
Пассивность Зависимость Недифференцированность ощущений	Тревожность Склонность к депрессии Истероидность Ипохондричность

Таким образом, личность подростка-алкоголика характеризуется слабым уровнем развития внутреннего самоконтроля, самодисциплины, самоорганизации. Отсутствует самоуважение. Проявляется личностная незрелость в действиях, поступках, контактах с окружающими. У подростка обостряется чувствительность к любым внешним воздействиям или внутренней стимуляции психологического порядка. Ему трудно переносить психологическую боль, разочарование, горе, сильные эмоциональные переживания. Подросток зависим от внешних воздействий, своего восприятия окружающих людей, которое становится не совсем адекватным (отрыв от реальности в социальной перцепции). Изменяется поведенческая сфера. Происходит перестройка мотивационной сферы. Ведущим в иерархии мотивов является алкоголь как мотив всего полезного в целом. Выражена склонность отвечать невротическими симптомами (невротическая форма психологической защиты) на жизненные трудности.

Современные особенности подросткового алкоголизма

В последние десять лет проявления как ранней алкоголизации, так и раннего алкоголизма существенно изменились по сравнению с 80-ми годами. Вторая половина 80-х годов отмечена последствиями действия Закона о борьбе с пьянством и алкоголизмом от 17.05.85. Законодательно был поднят предельный возраст (до 21 года), с которого разрешалась продажа спиртных напитков. Это сопровождалось резким дефицитом спиртного в торговой сфере (многочасовые очереди), а также ростом нелегального производства дистиллированного алкоголя. В результате действия Закона подростковая популяция в абсолютном большинстве оказалась как бы «отрезана» от употребления легальных спиртных напитков. Как показали дальнейшие события, аддиктивное поведение на этом не прекратилось, а приняло иные, более опасные по своим последствиям формы. Во второй половине 80-х годов происходит существенный рост потребления психоактивных токсических веществ, главным образом летучих ароматических соединений (ЛАС). Появляются первые сообщения о летальных исходах вследствие отравления от вдыхания паров клея «Момент». Появляются исследования, где показана устойчивая связь между токсикоманией вследствие злоупотребления ЛАС в подростковом возрасте и последующим быстрым развитием

алкоголизма (Цит. по Личко, Битенский, 1991). Ранняя алкоголизация на том этапе характеризовалась достаточно широким использованием подростками суррогатов и нелегально произведенного алкоголя, отличавшихся высокой токсичностью, что также способствовало более злокачественному течению заболевания.

С начала 90-х годов программа борьбы с пьянством и алкоголизмом оказывается фактически свернутой. С этого же времени начинается стремительный рост потребления алкогольных напитков, в том числе и в подростковой среде. Одновременно отмечается резкое увеличение злоупотребления психоактивными веществами: только за период с 1991 по 1996 г. отмечалось трехкратное увеличение официально зарегистрированных больных с диагнозом наркомания. Число подростков, состоящих на учете с диагнозом наркомания, с 1991 по 1997 г. увеличилось в 12,5 раз и составило 89,7 человек на 100 000 подросткового населения (Егоров и др., 1998), а. по данным Комитета по здравоохранению СПб, в конце 1999 г. эта цифра составила 104 на 100 000 человек.

Очевидно, что стремительный рост наркомании в подростковой среде не мог не повлиять на особенности ранней алкоголизации. Нами изучались особенности злоупотребления спиртными напитками у лиц в пубертатном и постпубертатном возрасте, обратившихся на амбулаторный прием в специализированный наркологический центр (Егоров, 2001).

За период 1998-2000 гг. в медицинский центр обратилось 68 человек в возрасте от 15 до 20 лет, что составило 8,9% от общего числа обратившихся за помощью больных алкоголизмом. Юноши составили 63,8% (46 человек), девушки соответственно 36,2% (22 человека). Диагноз хронический алкоголизм был поставлен 40 человекам (58,8%), у остальных прием спиртного не достигал уровня алкоголизма и расценивался как ранняя алкоголизация (бытовое пьянство). Среди алкоголиков юноши составляли 75% (30 человек), девушки 25% (10 человек). При этом хронический алкоголизм 1-й стадии был установлен у 30 человек (75% от общего числа алкоголиков, 20 юношей, 10 девушек). Критериями постановки диагноза хронического алкоголизма 1-й стадии были: 1) появление психической зависимости (тяга к спиртному, снижение количественного и ситуационного контроля при алкоголизации); 2) повышение толерантности; 3) утрата рвотного рефлекса; 4) утрення анорексия; 5) амнезии и палимсесы опьянения. Алкоголизм 2-й стадии был выявлен у 10 человек (25%, все юноши)

и ставился на основании следующих критериев: 1) появление абстинентного синдрома; 2) формирование псевдозапойев (продолжительность 2 дня и более); 3) практически не изменяющаяся высокая толерантность; 4) утяжеление симптомов первой стадии. Таким образом, соотношение между юношами и девушками, которым ставился диагноз раннего алкоголизма, было 4:1.

Существенные различия в типе употребляемых спиртных напитков позволили разделить подростков на две группы. Первую группу составили лица, предпочитающие, в основном, слабоалкогольные напитки: как правило, крепкие (до 8-9% чистого алкоголя) сорта пива и джин-тоника, реже сухие вина. В эту группу вошло абсолютное большинство подростков — 73,5% (50 человек. 30 юношей и 20 девушек). У половины из них (16 юношей и 9 девушек) размеры пьянства достигали критериев диагноза алкоголизма 1-й стадии. Таким образом, соотношение юношей и девушек, злоупотреблявших легкими алкогольными напитками, было 3:2, а среди больных алкоголизмом из этой группы — менее 2:1. Эти данные свидетельствуют об увеличении доли девушек, злоупотребляющих легкими алкогольными напитками.

Суточная толерантность предпочитающих слабые алкогольные напитки составляла в среднем 5-6 бутылок пива или 7-8 банок (по 0,33 л) джин-тоника, что эквивалентно более 200 мл чистого алкоголя. Суточная толерантность у юношей и девушек практически не различалась. Предпочитающие легкие алкогольные напитки обычно употребляют их в компании сверстников, на дискотеке, днях рождениях, «чтобы утолить жажду летом», достаточно редко в одиночестве. Почти все подростки данной группы сообщали, что желание выпить обычно возникает у них в компании сверстников. Такой характер употребления спиртного указывает на наличие групповой психической зависимости у данных подростков. Примечательно, что подростки, предпочитавшие легкие спиртные напитки, в 100% случаев отрицали существование проблемы, связанной с алкоголизацией, и на прием к врачу обратились исключительно под настойчивым влиянием родственников и друзей. В процессе дальнейшего психотерапевтического лечения эти подростки представляли наибольшую сложность в плане коррекции алкогольной анозогнозии.

Вторую группу составили подростки, предпочитающие дистилляты или крепкие спиртные напитки (в абсолютном боль-

шинстве водку). Их оказалось меньшинство — 26,5% (18 человек, из них 16 юношей и 2 девушки). Диагноз алкоголизма (в эту группу вошли и все больные со 2-й стадией заболевания) был поставлен 12 юношам и обеим девушкам (88,8%), предпочитавшим крепкие напитки. Толерантность предпочитающих крепкие, алкогольные напитки составила 200-350 мл водки в сутки, что в пересчете на чистый алкоголь оказалось менее 100-150 мл. Предпочитающие крепкие напитки обычно употребляли их в небольших компаниях (2-3 человека), на днях рождениях и в одиночку.

Важным представляется, что у 36 человек (52,9%) отмечалось эпизодическое сочетанное употребление алкоголя с наркотическими или токсическими веществами. Главным образом, это были анаша (более 50%), транквилизаторы и седативные (30%), в шести случаях (17%) — экстази, в четырех случаях — героин, в двух случаях — грибы, вызывавшие галлюцинации. Табакокурение отмечалось у 55 (81 %) подростков. В группе подростков, сочетанно употребляющих алкоголь и наркотики, преобладали юноши — 30 человек (83,3%). Любопытно, что абсолютное большинство (88,8%) совмещали наркотики именно с легкими алкогольными напитками. Это перекликается с последними данными о значительном числе больных полинаркоманией, а также сочетанно употребляющих наркотики (в том числе и опиаты) и преимущественно легкие алкогольные напитки (Савченков и др., 2000).

Таким образом, оценивая современное состояние проблемы ранней алкоголизации и алкоголизма, можно сделать следующие предварительные выводы. 1) Современные подростки предпочитают легкие алкогольные напитки, которые они могут сочетать с «легкими» наркотиками и транквилизаторами. Это является важной особенностью аддиктивного поведения на современном этапе. 2) Соотношение юношей и девушек среди злоупотребляющих легкими спиртными напитками снижается, что свидетельствует о вероятном росте женского алкоголизма в будущем. 3) Среднесуточное количество употребляемых легких алкогольных напитков достаточно велико (более 200 мл чистого алкоголя) и превышает таковое у злоупотребляющих крепкими напитками (100 -150 мл). Это может способствовать быстрому переходу аддиктивного поведения в алкоголизм или иной вид зависимости (при сочетанном употреблении алкоголя и наркотиков). 4) Полная анозогнозия, отмечающаяся у подростков, употребляющих легкие

виды спиртного, требует разработки современных подходов профилактики и психотерапии этой формы ранней алкоголизации.

Диагностика химической зависимости у подростков

Для диагностики алкоголизма и наркомании у подростков используются тест RAFFT (Relax. Alone, Friends. Family, Trouble), шкалу психологической склонности к алкоголизации патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков (Личко, Лавкай, 1987; Иванов, Личко, 1992)*. Эти тесты могут помочь не только в диагностике, но и для выявления групп риска в подростковой популяции.

ТЕСТ RAFFT

1. Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться (Relax), почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?

2. Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве (Alone)?

3. Употребляете ли Вы или кто-нибудь из ваших близких друзей (Friends) алкоголь или наркотики?

4. Имеет ли кто-нибудь из Ваших ближайших родственников (Family) проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков?

5. Случались ли у вас неприятности (Trouble) из-за употребления алкоголя или наркотических веществ?

Оценка результатов теста: положительные ответы на 1-й, 2-й и 5-й вопросы оцениваются в 1 балл каждый, а на 3-й и 4-й — в 0,5 балла. Если в сумме набирается 2 и более баллов, то имеется серьезное подозрение на наличие у подростка химической зависимости.

Кроме того следует знать *поведенческие признаки употребления наркотиков*, которые являются неспецифическими ** (Наркомания..., 2000). К ним относятся:

* Мы не имеем возможности воспроизвести текст ПДО в настоящем издании из-за его большого объема, поэтому вынуждены отослать читателя к первоисточнику.

** Специфические признаки опьянения от конкретных наркотических средств были даны в' Главе IX.

1. Нарастающая скрытность ребенка. Часто она сопровождается увеличением количества и продолжительности «гуляний», когда ребенок уходит из дома в то время, которое он раньше проводил в семье и за уроками.

2. Возможно, ребенок все позже ложится спать и все дольше залеживается в постели с утра. У него появляется сонливость или, наоборот, бессонница.

3. Падает интерес к учебе и привычным увлечениям, до родителей, возможно, доходит информация о прогулах школьных занятий.

4. Ухудшаются память и внимание. Появляются трудности в сосредоточении на чем-то конкретном. В результате неизбежно снижается успеваемость.

5. Увеличиваются финансовые запросы, и молодой человек активно ищет пути их удовлетворения, выпрашивая деньги во все возрастающих количествах (если начинают пропадать деньги из родительских кошельков или ценные вещи из дома — это очень тревожный признак).

6. Появляются новые подозрительные друзья или поведение старых приятелей становится подозрительным. Разговоры с ними ведутся шепотом, непонятными фразами или в уединении.

7. Обращает на себя внимание появление неопрятности во внешнем виде, склонность к прослушиванию специфической музыки.

8. Настроение ребенка — это очень важный признак — меняется по непонятным причинам, очень часто не соответствует ситуации: раздражительность в спокойной ситуации или, наоборот, добродушие в скандале. Появляется болезненная реакция на критику.

9. Ребенок становится изворотливым, лживым, уходит от ответов на прямые вопросы.

10. Наконец, можно заметить следы инъекций по ходу вен на руках. Насторожить может и тот факт, что ребенок стал носить одежду только с длинными рукавами — независимо от погоды и обстановки.

Следует помнить, что при курении и при интраназальном употреблении наркотиков никаких следов инъекций не будет, поэтому следует ориентироваться на другие признаки.

В последнее время общедоступными стали и методы лабораторной экспресс-диагностики наркотического опьянения. Это специальные тест-системы, они представляют из себя бумажные полоски, в определенных местах пропитанные несколькими белковыми и химическими составами, которые после 5-секундного

погружения в мочу испытуемого могут определить наличие следующих веществ: 1) опиатов; 2) кокаина; 3) МДМА («экстази»); 4) тетрагидроканабиола (алкалоида конопли); 5) амфетаминов; 6) барбитуратов.

Литература

1. Битенский В. С, Херсонский Б. Г, Дворяк С. В. и др. Наркомания у подростков. — Киев: Здоров'я. 1989. — 216 с.
2. Егоров А. Ю. Современные особенности раннего алкоголизма // www.medline.ru. Март 2001. Т. 2. С. 47-49.
3. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. — СПб.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1992. - 38 с.
4. Исаев Д. Д., Журавлев И. И., Дементьев В. В., Озерецкий С. Д. Типологические модели поведения подростков с различными формами аддиктивного поведения. — СПб., 1997.
5. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 1991. № 1. С. 8-15.
6. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
7. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд. — Л.: Медицина, 1983. — 255 с.
8. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
9. Наркомания: Метод, рекомендации по преодолению наркозависимости / Под. ред. А. Н. иранского. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. - 384 с.
10. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
11. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Ранний алкоголизм. — Архангельск: АГМА, 1999. - 306 с.
12. Наркология / Ред. Л. С. Фридман и др. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.
13. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
14. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патофизиология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.
15. Школа без наркотиков: Книга для педагогов и родителей. 2-е изд., изм. и доп. / Под. ред. Л. М. Шипицыной и Е. И. Казаковой. — СПб.: Детство-пресс, 2001. — 176 с.

Глава XI.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ. ПРОБЛЕМА СОЗАВИСИМОСТИ

Алкоголизм и наркомании всегда приводят к социальным последствиям. Эти негативные последствия проявляются в трех взаимосвязанных основных вариантах: *снижение трудоспособности, криминогенность и проблемы в семье.*

Снижение трудоспособности может быть одним из первых проявлений формирующейся химической зависимости. Поскольку у подростков с аддиктивным поведением среди жизненных интересов алкоголь и наркотики выходят на первый план, то занятиями в школе, выполнением трудовых обязанностей они начинают пренебрегать. Со временем учеба и работа полностью забрасываются. В этой связи любопытные данные представили американские исследователи: у прогуливающих занятия в школе в 3-4 раза выше уровень употребления алкоголя и наркотиков (Коэн и др., 1998). Взрослые наркоманы также, как правило, не работают, находятся на иждивении у родственников либо занимаются незаконной деятельностью, связанной с добыванием денег на наркотики.

Очень высока и криминогенность больных с химической зависимостью. Так, по официальной статистике, 3/4 наркоманов находятся в конфликте с законом. Криминогенность больных наркоманиями обусловлена несколькими факторами: потребностью в деньгах для покупки наркотиков, вынужденной связью с торговцами наркотиков, изменениями личности с типичным морально-этическим снижением. Нередко люди с химической зависимостью совершают противоправные действия в опьянении или психозе.

Чтобы достать средства на наркотики, подростки обычно начинают красть деньги и ценности из дома. Нередко это является первым сигналом для родителей о возможном начавшемся злоупотреблении у ребенка. Одновременно начинается вымогательство

денег у сверстников. В дальнейшем, чаще в составе группы, подростки идут на более серьезные преступления: кражи со взломом, ограбления, разбойные нападения, которые могут заканчиваться брутально для жертвы. Среди девушек широко распространено занятие проституцией, хотя в последнее время с этим приходится сталкиваться и среди юношей.

Очевидно, что социальные последствия не могут не отражаться на людях, с которыми живет и работает злоупотребляющий. Прежде всего это касается внутрисемейных отношений. Проблемы, возникающие в семье зависимого, требуют более подробного рассмотрения по нескольким причинам. Во-первых, семья является последней социальной ячейкой, в которой наиболее длительное время существует зависимый. Во-вторых, именно близкие наиболее страдают от зависимости члена семьи. И, наконец, в-третьих, именно близкие — это последние, кто готов принять участие в судьбе зависимого, помочь ему преодолеть болезнь. Поэтому не случайно именно семейным формам терапии химической зависимости в последнее время уделяется все больше и больше внимания.

В целом наркоманы значительно реже вступают в брак, чем здоровые лица того же возраста; их семьи быстрее распадаются. Так, по официальной статистике, число наркоманов, состоящих в официальном браке, в 1,6 раз меньше, чем в общей популяции, а число разводов — в 2,8 раз больше (Гречаная и др., 1993).

Проблемы, возникающие в семье при химической зависимости у одного или нескольких ее членов, могут быть следующими:

- *Финансовые*, связанные с работой. Злоупотребляющий член семьи становится менее надежным работником, снижается его производительность, он прогуливает работу, заставляя коллег скрывать это, и даже обворовывает работодателя. Результат: отсутствие карьерного роста, увольнение. Кроме того, в число финансовых проблем входит и неумелое распоряжение деньгами или использование их на приобретение алкоголя и наркотика.

- *Эмоциональные*: люди, имеющие зависимость, могут испытывать чувство вины, подавленность и страдать нервно-психическими заболеваниями, что утяжеляет социальные последствия.

- *Нарушение семейных традиций*: пропускаются важные, традиционные для семьи встречи, поездки к престарелым родите-

лям, посещение кладбищ. И наоборот, семейные праздники могут быть причиной неумеренного приема алкоголя, что усиливает напряженность в семье.

- *Физическое и сексуальное насилие* наиболее часто встречается в семьях, где имеется зависимый от алкоголя и наркотиков член семьи. По данным американских исследователей, процент физического и сексуального насилия в таких неблагополучных семьях достигает 41%. Из тех же источников известно, что 48% отцов, которые вступили в сексуальные отношения со своими дочерьми, были алкоголиками (Коэн и др., 1998).

- *Разлад в семье* из-за проявления насилия, т. к. один из родителей должен либо поддерживать и защищать ребенка, что провоцирует к насилию злоупотребляющего родителя, либо отказаться от защиты ребенка для временного улучшения отношений с партнером.

- *Изоляция от общества.* Поведение члена семьи с химической зависимостью, которое не укладывается в общепринятые рамки, может быть причиной изоляции всей семьи, в том числе от своих родственников и друзей. Дети злоупотребляющих избегают приглашать домой своих друзей из-за непредсказуемого поведения своих родителей.

Члены семей лиц, страдающих химической зависимостью, обязательно подсознательно используют методы самозащиты, которые дают им возможность «не замечать» существующей проблемы. Это напоминает методы психологической защиты самих зависимых, хотя есть некоторые отличия (см. *Механизмы психологической защиты при алкоголизме*). Следует сказать, что методы самозащиты у родственников, так же как и у самих зависимых, препятствуют раннему выявлению болезни. Это приводит к позднему обращению за медицинской помощью и, как следствие, сложностям в достижении терапевтических результатов.

Методы психологической защиты, которые используют члены семьи, можно свести к следующим:

- *Отрицание.* Ведут себя так, будто нет проблемы, что употребление вышло из-под контроля. Действия, которые, с точки зрения стороннего наблюдателя, свидетельствуют о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, в кругу семьи считаются нормальными.

- *Минимизация.* Если проблема и признается, то ее важность недооценивается, т. к. есть оправдания (например, стресс на работе, экономические проблемы в стране и т. д.).
- *Перекалывание ответственности на других людей.* Причина зависимости видится в других людях («плохой начальник», «сварливая жена или теща», «неуправляемые дети», «плохие друзья» и т. д.). От родителей подростков, страдающих зависимостью, часто можно услышать: «мой ребенок хороший, во всем виновата компания, дискотеки, школа и т. д.»

Характерное распределение ролей в семье злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами также действует как защитный механизм. Целью такого ролевого поведения является попытка создания хрупкой гармонии в семье. Возможна эволюция и изменение ролей в семье среди ее членов с течением времени и по мере развития болезни у зависимого. Роли в семье людей с химической зависимостью распределяются следующим образом:

- Злоупотребляющий — центральная фигура в семейной драме. Его поведение определяет распределение остальных ролей.
- Главный исполнитель «прикрывает» злоупотребляющего. Берет на себя обязанности злоупотребляющего, пытается контролировать и скрывает его неблагоприятное поведение. Со стороны кажется сильным и ответственным, но на самом деле может не уделять внимания своим нуждам и нуждам семьи (подробнее об этом см. ниже).
- Семейный герой — трудоголик и гордость семьи. Пытается уйти от семейных проблем. Может выполнять обязанности исполнителя.
- Козел отпущения впадает в гнев, чтобы отвлечь внимание от действий злоупотребляющего, который оправдывает свое поведение действиями козла отпущения. Ими часто бывают престарелые родители, а также дети, имеющие высокий риск получения травм из-за своего рискованного поведения.
- Заброшенный ребенок — о нем забыли, пока решают свои проблемы. Предоставлен сам себе, испытывает трудности в общении.
- Семейный клоун пытается отвлечь внимание от злоупотребляющего и скрывает свои переживания при помощи юмора. Обычно самый младший ребенок в семье.

Впоследствии «герой» может стать трудоголиком, «козел отпущения» — изгоем общества, «потерянный ребенок» — заболеть депрессией, а «семейный клоун» — остаться шутком, которого никто не воспринимает всерьез.

Поведение человека, страдающего химической зависимостью, неизбежно приводит к *пренебрежению родительскими обязанностями и обнищанию семьи*. Семейные ресурсы (пища, деньги, жилище, время) используются на приобретение алкоголя и наркотиков. Ниже приведены некоторые примеры того, как происходит обнищание семьи.

- **Пища:** многие зависимые тратят деньги, предназначенные для покупки продуктов питания. На Западе они продают на «черном» рынке месячный набор продуктовых карточек. В России более распространена продажа импортных детских смесей, которые родители бесплатно получают в поликлиниках. В результате нерегулярное и некачественное питание детей способствует приобщению их к алкоголю и наркотикам в будущем.

- **Деньги** родителями сперва тратятся «лишние», затем на наркотики и алкоголь уходят все сбережения, вся зарплата и, наконец, все средства от любого дохода. Постепенно все представляющее хоть какую-нибудь ценность продается из дома.

- **Ухудшение жилищных условий** — обмен и продажа квартир родителями, чтобы выручить деньги для покупки алкоголя и наркотиков.

- **Время.** Дети не занимаются, они брошены на произвол судьбы, т. к. родители почти все время находятся либо в состоянии интоксикации, либо в поисках очередной дозы.

Результатом цепочки прошедших событий, как правило, бывает распад семьи зависимого. Дети получают воспитание в специализированных учреждениях или, в лучшем случае, в неполных семьях или у приемных родителей.

Поскольку нормальные семейные отношения у страдающих химической зависимостью обычно рано или поздно рушатся, то в их среде распространено любопытное явление, с которым человечество эпизодически сталкивается на протяжении своей истории. Речь идет о создании квазисемей («семей наркоманов», по определению И. Н. Пятницкой (1994), которые в некотором смысле являются регрессом в социальной эволюции человека. Целями такой

«семьи» являются наркотизация в наиболее безопасных условиях, облегчение добычи наркотиков. Такая квазисемья имеет «свой» дом в виде пустой квартиры, сарая, подвала, чердака, отдельного брошенного дома на окраине и т. д. В каждой «семье» имеются свои пути и способы добывания денег и наркотиков, свои иерархические отношения. В ней возможны и сексуальные отношения, часто в форме промискуитета, в том числе и гомосексуального.

Что такое созависимость?

Выше уже говорилось, что родственники больных алкоголизмом и наркоманиями страдают серьезными психологическими проблемами. В данном разделе мы подробно остановимся на этих проблемах, которые в последнее время принято называть *созависимостью*.

Важность исследования данной проблемы состоит не только в том, что человек, имеющий созависимость, страдает сам. Дело в том, что его поведение может причинять существенные неудобства живущим с ним людям и даже являться причиной рецидива химической зависимости у больного. Действительно, часто видя причину рецидива «в возвращении в привычную среду», нередко упускается из виду, что это внутрисемейная среда. И эта семейная среда требует своей терапии: помощь необходима не только больному, но и родственникам.

В семьях химически зависимых людей возникают особого типа внутрисемейные отношения, описываемые понятием «созависимость». Данное понятие используется как для характеристики внутрисемейных отношений в целом, так и для описания психического состояния отдельных членов семьи (созависимых).

Е. Сабби определяет созависимость как эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергается воздействию угнетающих правил — правил, которые препятствовали открытому выражению чувств, а также открытому обсуждению личностных и межличностных проблем.

Э. Ларсен определяет созависимость как выученный набор поведенческих форм и дефектов характера самопораженческого свойства, который приводит к снижению способности инициировать и участвовать в любовных взаимоотношениях.

С. В. Березин и соавторы (Предупреждение подростковой..., 2000) считают, что нельзя однозначно ответить на вопрос: является ли созависимость заболеванием или нет, поскольку она представляется многоуровневым феноменом со сложной детерминацией. И то, что на одном уровне может быть определено как болезнь, на другом уровне не является таковой. Таким образом, созависимость — это защитная компенсаторная реакция на внутриличностный конфликт. Сторонами конфликта при этом выступают крайне противоречивые отношения со значимым человеком (значимыми людьми) и индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и т. д. Созависимость при этом выражается в поведении, направленном на разрушение одной из сторон конфликта.

С. Б. Белогуров (1998) описывает созависимость как комплекс особых черт характера, мешающих нормальной и счастливой жизни, появляющийся у близких наркомана в результате постоянной психической травмы и попыток приспособиться к ней. К таким чертам относятся: неуверенность в своих силах и своей правоте; чувство вины за поведение ребенка, забота о нем в ущерб интересам других членов семьи; неискренность в отношениях с окружающими, усталость и истощаемость; тревожность, нервозность, обидчивость и раздражительность, в тяжелых случаях — нарушение способности рассуждать логически.

С точки зрения врача, созависимость — не только причина страданий матери, но и фактор, мешающий выздоровлению наркомана. Созависимость создает «экран», защищающий патологический образ жизни больного от требований реальности и от осознания им необходимости изменений, позволяя оставаться равнодушным и легкомысленным. С другой стороны, характерные для созависимого поведения родственников недоверие и недоброжелательность нередко провоцируют его на употребление наркотиков. Созависимость, можно сказать, «перекладывает» ответственность за его поведение на родителей и, соответственно, позволяет представить неудачи в лечении, как промахи и ошибки окружающих.

Употребление подростком наркотиков приводит к развитию у родителей синдрома родительской реакции на наркоманию. В структуре данного синдрома наиболее отчетливо выражены: у матерей: фобия утраты ребенка, чувство вины, стыд, воспита-

тельная неуверенность, проекция на ребенка собственных отвергаемых качеств; у отцов: эмоциональная и поведенческая неустойчивость, воспитательная неуверенность, отвержение ребенка, отвержение материнского стиля воспитания.

По данным С. В. Березина и соавт. (Предупреждение подростковой..., 2000), в 60% случаев у матерей формируется опекающая гиперпротекция и в 30% потворствующая гиперпротекция, что выступает как положительное подкрепление аддиктивного поведения. У отцов формируется неустойчивый стиль родительно-детских отношений, что в поведении часто проявляется как противоречивые воздействия, близкие к ситуации «двойного зажима».

Подобные взаимоотношения приводят к ухудшению отношений в супружеской паре, развивается острый кризис внутри брачной пары. В подавляющем большинстве семей это приводит к тому, что структура семьи стремительно меняется: мать и наркотизирующийся ребенок создают коалицию с жесткими, ригидными внешними границами и обостренными, максимально напряженными эмоциональными отношениями внутри. Брак в этом случае практически разрушается.

В. Д. Москаленко (2000) предложила следующее определение созависимости: «Созависимый человек — это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей».

Созависимыми являются:

- 1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;
- 2) лица, имеющие одного или обоих родителей, страдающих химической зависимостью;
- 3) лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях.

Как показали исследования, созависимые чаще всего происходят из т. н. дисфункциональных семей, где имели место либо зависимость, либо жестокое обращение. Воспитание в таких семьях подчинено жестким правилам: взрослые определяют, что правильно, что нет; что делать ребенку, а что нет; воля ребенка должна быть сломлена; сами родители не имеют близких эмоциональных отношений. Такое воспитание формирует психологические особенности, которые впоследствии составят почву для возникновения созависимости.

Внешне выглядит парадоксальным, что дочери алкоголиков часто выбирают себе пьющих мужей, риск возникновения алкоголизма у которых намного выше, чем в общей популяции. Второй брак у созависимых часто оказывается не лучше первого. Очевидно, что такой выбор делается ими неосознанно. Вероятно, в этом случае имеется бессознательный перенос отношений, сложившихся в дисфункциональной семье, в которой вырос человек, на новую.

Признаки дисфункциональной семьи (По В. Д. Москаленко, 2000)

- Отрицание проблемы и поддержание иллюзий.
- Вакуум интимности.
- Незыблемость правил и ролей.
- Конфликтность во взаимоотношениях.
- Недифференцированность «я» каждого члена («если мама сердится, то сердятся все»).
- Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной.
- Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад-псевдоблагополучия.
- Склонность к полярности чувств и суждений.
- Закрытость системы.
- Абсолютизирование воли, контроля.

Основные характеристики созависимости отличаются разнообразием и касаются всех сторон психической деятельности, мировоззрения, поведения человека, его системы ценностей, а также физического здоровья. К ним относятся:

1) *Низкая самооценка.* Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими. При этом имеет место своеобразная амбивалентность: они не перестают критиковать себя, но не переносят критику других. Compliments и похвала могут усилить чувство вины, но, с другой стороны, у них может портиться настроение при отсутствии «словесного поглаживания» (по Э. Берну) — мощной подпитки их самооценки. Они не верят, что могут быть любимыми и нужными, но своими действиями пытаются заработать любовь и внимание, чтобы стать незаменимыми. Низкая самооценка движет ими, когда они стремятся помогать другим. В их сознании доминируют императивы: «я должна», «ты должен» и т. д.

2) *Непреодолимое желание контролировать все и вся.* Они верят, что все можно проконтролировать. Чем хуже ситуация дома — тем больше усилий прилагается по ее контролю. Только они «знают как надо» и не разрешают другим быть самим собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля используются угрозы, принуждения, уговоры, советы; при этом подчеркивается беспомощность других. Невозможность все проконтролировать приводит либо к депрессии, либо к фрустрации, раздражению.

3) *Желание заботиться, спасать других.* С этим нередко связан и выбор специальности — врача, медсестры, психолога, педагога. Созависимые берут на себя ответственность за других и при этом остаются абсолютно безразличны в отношении собственного благополучия. Попытки спасти не удаются, и тогда созависимые злятся на зависимого. Но они вновь пытаются «спасать», т. к. им это легче, чем переносить неразрешенные проблемы. Поскольку созависимые не распознают моменты, когда им действительно надо быть спасателями, то будут постоянно позволять другим ставить себя в положение жертвы. Иными словами, созависимый попеременно находится в одной из ролей: спасателя — преследователя — жертвы. При переходе из одной роли в другую будут возникать бурные эмоциональные реакции.

4) *Нарушения в эмоциональной сфере.* Многие поступки созависимого мотивированы страхом, который является основой возникновения любой зависимости. Страх сковывает свободу выбора. Кроме страха, доминируют такие эмоции, как тревога, стыд, чувство вины, депрессия, негодование и ярость. При этом на фоне постоянного стресса повышается переносимость отрицательных эмоций. На этом фоне могут развиваться деперсонализационные переживания в виде «снижения и утраты чувств». В этом плане, созависимость — это отказ от себя.

5) *Отрицание* — наиболее частая форма психической защиты созависимых (хотя встречаются и другие: рационализация, минимизация, вытеснение, забывание). Они склоны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего не происходит, обманывать себя. Отрицание помогает жить в мире иллюзий, поскольку правда слишком болезненна. Естественно, что отрицаются и сами признаки созависимости.

б) *Психосоматические заболевания* — язвенная болезнь, бронхиальная астма, нейроциркуляторная дистония, нейродермит, кардиалгии с нарушениями сердечного ритма — развиваются в результате постоянного стресса, в условиях которого живут созависимые. Их появление свидетельствует о прогрессировании созависимости. Более того, риск возникновения алкоголизма или токсикомании у них самих оказывается существенно выше.

С точки зрения психиатра, созависимость в большей степени отвечает критериям патологического развития личности. Часть исследователей полагает, что созависимость является таким же заболеванием, как и зависимость. Для того чтобы лучше понять данное явление, целесообразно сравнить его с зависимостью:

Основные проявления зависимости и созависимости

ПРОЯВЛЕНИЯ СОЗАВИСИМОСТИ	ПРОЯВЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ
1) обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости	1) психическая
2) отрицание как форма психологической защиты	2) физическая
3) утрата контроля	3) социальная

Очевидно, что все эти признаки встречаются при обоих состояниях, поскольку созависимость — это зеркальное отражение зависимости.

Таким образом, сходство обоих состояний заключается в следующем:

- 1) Оба представляют собой первичное длительное, хроническое заболевание, а не симптомы другого заболевания. Имеют общие проявления.
- 2) Имеют место стойкие механизмы психологической защиты, затрудняющие лечение.
- 3) Приводят к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации.
- 4) При невмешательстве могут привести к преждевременной смерти.

5) Жизнь протекает в условиях социальной изоляции.

6) При выздоровлении требуют системного сдвига, как в физическом, так и психологическом плане.

Алкоголизм и наркоманию часто называют болезнями безответственности, поскольку больной не отвечает ни за последствия употребления, ни за разрушение своего здоровья, семьи и т. д. Созависимые лишь внешне производят впечатление сверхответственных людей. На самом деле они в равной степени безответственны к своему состоянию, своим потребностям, своему здоровью, родительским обязанностям.

Литература

1. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. 2-е изд., испр. и дог. — СПб.: Невский диалект, 2000. — 239 с.
2. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под. ред. С. В. Березина и др. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. — 256 с.
3. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина. 1994. — 544 с.
4. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
5. Лгчко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
6. Москаленко В. Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. М., 2000. С. 365-405.
7. Наркомания: Метод, рекомендации по преодолению наркозависимости / Под. ред. А. Н. Гаранского. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. - 384 с.
8. Наркология / Ред. Л. С. Фридман и др. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.
9. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. —СПб.: Лань, 2000. — 368 с.

Глава XII.

ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Лечение наркологических больных представляет собой сложную задачу. Это связано с целым рядом причин. Во-первых, из-за механизмов психологической защиты значительная часть пациентов не считает себя больными и поэтому категорически отказывается от лечения. Во-вторых, до сих пор не существует лекарственного средства, которое полностью устраняло бы проявления самого длительного синдрома при злоупотреблении ПАВ — синдрома психической зависимости. Это справедливо как в отношении алкоголизма, так и особенно в отношении наркомании. Именно проявления психической зависимости являются причиной рецидива болезни. Из-за этого возникает и третья сложность: лечение наркологического больного должно включать в себя самые разные методы и приемы, что требует привлечения различных специалистов. Кроме того, лечение должно быть длительным во времени. Это, в свою очередь, требует значительных денежных средств, львиная доля которых падает на плечи пациента, его родственников, поскольку государство не в состоянии финансово обеспечить полноценное лечение каждого больного.

Если к вышеизложенному добавить сравнительно низкую эффективность лечения больных, особенно с тяжелыми формами наркоманий, а также то социальное зло, которое несет их заболевание, то становится понятным, почему в последние годы в обществе все чаще звучит вопрос: «Зачем вообще их лечить?» Наиболее радикально настроенные граждане требуют посадить всех алкоголиков и наркоманов в тюрьму, принудительно стерилизовать и даже применять к ним смертную казнь.

Это серьезные вопросы, и они требуют ответов. Прежде всего, следует помнить, что химическая зависимость — это не дурная,

преступная привычка, а тяжелое заболевание. Безусловно, к этому заболеванию человек часто идет сам: нельзя стать алкоголиком или наркоманом, не употребляя ПАВ. Вместе с тем в предыдущих главах подробно рассматривались те причины и факторы, которые способствуют химической зависимости. Значительная часть этих факторов напрямую никак не зависит от взрослого человека, тем более от подростка: это и социальное окружение, и наследственная предрасположенность, и особенности психики, характера и т. д. Уже в силу этого нельзя винить только одного конкретного человека, что он стал зависимым от ПАВ. Кроме того, существует огромное число случаев, когда человек сам вольно или невольно оказывается виновником своего заболевания: тяжелые травмы от неосторожности, азарта и т. д., инфекционные заболевания от отсутствия элементарных гигиенических навыков, заболевания сердечно-сосудистой системы от неправильной диеты и т. д. Эти люди также требуют длительного, иногда пожизненного, и дорогостоящего лечения и ухода. Тем не менее в отношении них не возникают утверждения, что «они сами виноваты и незачем их лечить».

В обществе, основанном на гуманных принципах, необходимость оказания помощи человеку, попавшему в беду, заболевшему, является аксиомой. Именно на этих важнейших принципах возможно плодотворное развитие нашей цивилизации. История знает примеры, когда эти принципы нарушались: вспомним принудительную стерилизацию, репрессии, которым подвергались умственно отсталые, душевно больные, гомосексуалисты и, кстати, наркоманы в Гитлеровской Германии. Не говоря об ужасающем нравственном аспекте таких акций, данные меры оказались неэффективными. Число этих «иных» людей в Германии не сократилось. Следовательно, и нравственный, и исторический опыт человечества говорит об одном: болезнь нужно лечить, а не карать.

Последователям точки зрения, что больных химической зависимостью лечить не надо, а надо оставить умирать, следует напомнить, что один наркоман вовлекает в наркопотребление от 5 до 15 человек в год (Белогуров, 1998; Наркомания, 2000; Шабанов, Штакельберг, 2000 и др.). Если не помочь ему отказаться от наркотиков, то через некоторое время больными окажутся вполне здоровые люди. И среди этих людей могут оказаться родные и

близкие «жестоких борцов» с наркоманией. В своей практической деятельности автору неоднократно приходилось сталкиваться с кардинальным изменением мировоззрения сторонников репрессивных мер, когда их дети попадали в беду.

Итак, только кропотливая работа врача, психолога, педагога, основанная на определенных принципах, оставляет шанс помочь больному с химической зависимостью.

Принципы лечения наркологических больных

В наркологии существуют единые принципы лечения химической зависимости: 1) непрерывность и длительность, 2) максимальная дифференциация в зависимости от клинических и микросоциальных факторов, 3) комплексность в использовании различных методов и подходов, 4) ориентация на полное воздержание от ПАВ как в процессе лечения, так и в будущем, 5) этапность и преемственность лечебных мероприятий.

Выделяют следующие этапы лечения химической зависимости: 1) начальный, который заключается в прерывании злоупотребления и терапии абстинентного синдрома; 2) активное противоалкогольное или противонаркотическое лечение, направленное на снятие патологического влечения к ПАВ (терапия различных проявлений психической зависимости); 3) поддерживающее и противорецидивное лечение, направленное на максимальное во времени воздержание от употребления ПАВ; 4) реабилитационные мероприятия, направленные на ресоциализацию и устранение медицинских последствий злоупотребления ПАВ.

Несмотря на общие принципы и этапы, терапия различных форм химической зависимости имеет свои особенности, обусловленные ПАВ, которым злоупотребляет больной. Наиболее успешно разработано лечение больных с хроническим алкоголизмом, хуже — больных с наркоманиями.

В настоящее время проведение первого этапа — детоксикации и терапии абстинентного синдрома (купирование физической зависимости) — при наличии грамотных специалистов, необходимых лекарственных препаратов и оборудования уже не представляет особо трудной задачи практически при всех формах зависимости. Основной проблемой остается проведение последующих этапов, поскольку психическая зависимость является наиболее

резистентной к лечению и ее проявления могут сохраняться годами и десятилетиями.

Рассмотрим теперь особенности лечения различных форм химической зависимости.

Лечение хронического алкоголизма

Первый этап предусматривает прерывание запоя, устранение основных симптомов абстинентного синдрома, а также нормализацию основных показателей соматического состояния больного.

На этом этапе проводится детоксикационная терапия, направленная на удаление из организма алкоголя и продуктов его метаболизма. Для этого применяются плазмозамещающие солевые растворы, мочегонные средства, противоинтоксикационные препараты. Чаще используются внутривенные капельные вливания, причем больной в течение суток должен получить не менее 1,5-2 л растворов. В последние годы с успехом применяются гемосорбция и энтеросорбция.

Кроме того, проводится психофармакологическое лечение, которое оказывает седативное, противотревожное действие в период абстиненции, а также уменьшает патологическое влечение к алкоголю. Используются транквилизаторы (чаще диазепам* или феназепам) и антиденрессанты. В случае риска возникновения алкогольного психоза в небольших дозах используются нейролептические препараты. Параллельно вводятся ноотропные препараты (пирацетам), повышающие устойчивость мозга к токсическому воздействию алкоголя и его метаболитов.

Заместительная терапия применяется для нормализации окислительно-восстановительных процессов и компенсации вторичного гиповитаминоза, который отмечается при хроническом злоупотреблении алкоголем.- Чаще всего используются витамины группы В, аскорбиновая (витамин С) и никотиновая (витамин РР) кислоты.

Второй этап. Активное противоалкогольное лечение направлено на выработку отвращения или безразличия к спиртным напиткам и подавление патологического влечения к алкоголю (ле-

* В России диазепам более известен под названиями седуксен, реланиум, сибазон.

чение психической зависимости). Для достижения этого разработано значительное количество лечебных мероприятий, различных как по механизму действия, так и по эффективности для данного конкретного больного.

Одной из наиболее старых методик является условнорефлекторная терапия (УРТ), которая подразумевает выработку у больного стойкого отвращения к алкоголю путем образования условной связки. Метод базируется на учении И. П. Павлова об условных рефлексах. Условным раздражителем выступает алкоголь, который предпочитает больной (водка, портвейн и т. д.). Безусловным подкреплением является введение рвотного вещества (чаще это апоморфин, эметин или настойка баранца). УРТ проводится следующим образом. После еды или 1 литра воды пациенту вводят раствор апоморфина. Затем через 3-4 минуты дают понюхать, а затем выпить 50 граммов алкогольного напитка. Наступает рвота в виде многократных повторяющихся приступов. Курс лечения составляет 15-25 сеансов, в результате которых у больных вырабатывается стойкий рефлекс на запах, вкус и вид алкоголя. Основным недостатком УРТ является относительно короткая продолжительность эффекта, поскольку условный рефлекс с течением времени ослабевает. В настоящее время УРТ используется редко. Имеются данные об успешном применении УРТ у подростков (Личко, Битенский, 1991).

Сенсибилизирующая терапия основана на применении средств, резко повышающих чувствительность организма к спиртным напиткам, тем самым делая невозможным прием алкоголя. Этот вид терапии получил большое распространение в СССР, а позднее и в России.

Для повышения чувствительности организма чаще всего используются препараты группы дисульфирама (тетурам, эспераль, радотер)/действие которых сводится к блокированию фермента, который превращает уксусный альдегид (биологически активный продукт метаболизма этанола) в неактивный уксусный эфир. В результате в организме накапливается уксусный альдегид, который вызывает целый ряд крайне неприятных симптомов и делает невозможным дальнейшее употребление спиртного. Кроме того, сенсибилизацию организма к спиртному вызывают такие лекарственные средства, как трихопол, фуразолидон, циаמיד (темизол) и др., но их эффект менее выражен, чем у дисульфирама.

Используется как пероральный прием препаратов, так и имплантация препарата дисульфирам (эспераль) внутримышечно для пролонгированного эффекта.

В случае приема даже небольших количеств алкоголя на фоне действия дисульфирама возникает дисульфирам-алкогольная реакция. Через несколько минут после употребления спиртного человек ощущает чувство жара, «щеки пылают», появляется головная боль, головокружение, тошнота со рвотой, выраженная тахикардия. Артериальное давление падает вплоть до коллапса. Описано немало смертельных случаев от сердечно-сосудистой недостаточности при дисульфирам-алкогольной реакции.

Проведение сенсibilизирующей терапии должно обязательно сопровождаться психотерапевтическими мероприятиями. Больному должны быть подробно разъяснены все последствия для его жизни и здоровья в случае употребления любого вида алкоголя на фоне действия сенсibilизирующего препарата. Важно вместе с больным определить срок, в течение которого будет проводиться сенсibilизирующая терапия. Безусловно положительное психотерапевтическое значение имеет взятие расписки от больного, что он предупрежден обо всех возможных осложнениях в случае употребления алкоголя в оговоренный срок и не будет иметь претензий в случае их возникновения.

Сенсibilизирующая терапия показала свою высокую эффективность, особенно среди больных, страдающих запойной формой злоупотребления алкоголем. Вместе с тем следует отметить, что при постоянных и выраженных проявлениях патологического влечения к алкоголю, систематической и перемежающейся форме злоупотребления эффективность сенсibilизирующей терапии меньше. В этих случаях целесообразно комбинировать сенсibilизирующую терапию с другими видами активного противоалкогольного лечения. К недостаткам сенсibilизирующей терапии следует отнести и относительную токсичность самих препаратов, особенно тетурама, что ограничивает длительность их применения, а значит, потенциально укорачивает продолжительность ремиссии. Так, курс лечения тетурамом при пероральном приеме не должен превышать 1-1,5 месяца, после чего необходимо сделать перерыв на 2-3 месяца. Кроме того, препараты типа дисульфирама могут в редких случаях сами по себе вызывать острые психозы по типу делирия.

Наилучшие результаты сенсibiliзирующей терапии были достигнуты при внутримышечной имплантации препаратов типа дисульфирам (эспераль). В этом случае резко увеличивается длительность эффекта препарата при менее выраженной токсичности. Важное психотерапевтическое значение имеют беседа с больным перед имплантацией и сам факт хирургической операции.

Психофармакотерапия является обязательной составляющей любого варианта противоалкогольного лечения и применяется для нормализации эмоциональных расстройств, сна, расстройств поведения, а также для снижения первичного патологического влечения к алкоголю. Используются транквилизаторы, снотворные, нейролептики, ноотропы и антидепрессанты. При этом следует помнить, что транквилизаторы и снотворные сами по себе способны вызывать пристрастие, особенно у больных алкоголизмом из-за сходных фармакологических механизмов действия (см. Главу II). Поэтому эти препараты должны назначаться с осторожностью и на небольшой срок. Вместо транквилизаторов у больных алкоголизмом для достижения седативного эффекта рекомендуется назначать малые дозы слабых нейролептиков (сонапакс, хлорпротиксен и др). В последние годы появились данные, что антидепрессанты нового поколения (циталопрам, сертралин, пароксетин) способны непосредственно снижать тягу к алкоголю. В некоторых методиках противоалкогольной терапии используются психодизлептики. В России с этой целью разрешено применять средства для внутривенного наркоза (кетамин, каллипол) в субнаркотических дозах. Использование кетамина у больных алкоголизмом существенно повышает их реакцию на психотерапевтическое воздействие и способствует стабилизации ремиссии (Крупицкий, Гриненко, 1996).

Психотерапия^{*} используется в различных модификациях и представляет собой комплексное воздействие с помощью психических средств «а психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Психотерапия

*Важность психотерапевтического лечения наркологических больных требует описания этого метода в отдельной главе (см. ниже). В данном разделе мы ограничимся лишь кратким перечислением методик, используемых при лечении алкоголизма.

направлена, главным образом, на устранение патологического влечения («тяги») к алкоголю. Используются следующие виды психотерапии: гипноз, рациональная и суггестивная психотерапия, аутогенная тренировка, игровая психотерапия, наркопсихотерапия, коллективная и групповая психотерапия, эмоционально-стрессовая психотерапия (ситуационно-психологический тренинг).

Отдельно следует сказать о т. н. *плацебо терапии** **, которая должна быть также отнесена к психотерапевтическим методам, хотя и имеет свои особенности. Суть плацебо терапии заключается в применении индифферентного (главное — безопасного для больного) лекарственного средства под видом эффективного, «последней разработки западных ученых», «только что прошедшего успешные испытания» препарата. Залогом успешной плацебо терапии является вера пациента своему врачу, а также в успех проводимого мероприятия. Как показывает многовековой опыт, плацебо эффект имеет большое значение во всех областях медицины при назначении любых лекарственных средств. Плацебо терапия достаточно широко с успехом применяется при лечении хронического алкоголизма отечественными наркологами.

Нередко помимо чисто психотерапевтических приемов в рамках одного сеанса врач применяет воздействие на биологически активные точки — акупунктуру (иглорефлексотерапия, воздействие на точки с помощью лазерного луча, термического воздействия и т. д.). По мнению ряда наркологов, это повышает эффективность терапии.

В последнее время стало популярным среди наркологов использовать сочетание нескольких психотерапевтических методик во время одного сеанса. Их может быть разное количество, и они могут использоваться в разной последовательности. Как показывает клинический опыт, это также существенно повышает эффективность лечения. Первые сочетанные психотерапевтические методики лечения хронического алкоголизма в наркологической среде получили название «кодирования». Слово «кодирование» было введено в 60-е годы наркомом А. Р. Довженко для обозначения своего метода, который базировался на сочетании рациональной, суггестивной и эмоционально-стрессовой психотерапии в течение одного сеанса. В дальнейшем методики сочетанного психотерапевтического воздействия получили более сложные на-

* От латинского *placebo* — пустышка.

звания от своих разработчиков или модификаторов: акупунктурное диагностическое программирование, транскраниальное программирование (кодирование), аффективная контратрибуция и т. д. Очевидно, что эти названия сами по себе призваны нести положительный плацебо терапевтический эффект. Следует отметить, что эффективность различных вариантов «кодирования» в значительной степени зависит не от выбора методики, а от квалификации и авторитета врача, который использует тот или иной психотерапевтический прием.

В заключение скажем, что психотерапия является обязательной при проведении всех других методов противоалкогольного лечения.

Третий этап — поддерживающая терапия. Главная задача на данном этапе максимально продлить ремиссию, т. е. период воздержания от алкоголя. Считается, что продолжительность этого этапа должна быть не менее пяти лет (Пятницкая, 1994).

Еще на этапе активной противоалкогольной терапии больному рекомендуется регулярно посещать своего лечащего врача. В первые полгода это должно быть не реже одного раза в месяц, затем промежутки между посещениями увеличиваются. В случае возникновения ситуации, которая угрожает рецидивом (психотравма, спонтанное возникновение влечения к алкоголю и т. д.), больной должен незамедлительно посетить своего врача. Следует предупредить родственников больного, что такие проявления, как появление беспричинной раздражительности, тревоги, сниженного настроения, бессонницы, сновидений на алкогольные темы, могут быть признаками надвигающегося рецидива и требуют скорейшего врачебного вмешательства. В противном случае обычно наступает рецидив.

На третьем этапе в принципе используются те же методы, что и на этапе активной противоалкогольной терапии. Предпочтение следует отдать методикам и подходам, которые уже показали свою эффективность у данного конкретного больного на предыдущем этапе. В основном используются психотерапия, общеукрепляющая терапия, а также симптоматическая и патогенетическая психофармакотерапия. Возможно проведение повторной десенсибилизирующей терапии.

Четвертый этап — реабилитация. Основная задача данного этапа — постараться вернуть пациента к прежней жизни, ресоциализировать его. Параллельно проводится лечение соматических

осложнений-хронического алкоголизма. Четвертый этап начинается на фоне проведения третьего этапа леченияЛ

Фармакологическая реабилитация направлена на коррекцию алкогольной анозогнозии (отрицания болезни) как результата когнитивных нарушений при алкоголизме. Для улучшения метаболических процессов в нервной ткани, терапии сосудистых нарушений и гипоксии мозга используют ноотропы (ноотропил, энцефабол), нейропептиды (вазпрессин), адаптогены (настойка женьшеня. элеутеракокка), препараты, улучшающие мозговое кровообращение (кавинтон, винпоцетин), витамины группы В и РР. На этапе реабилитации также активно используется и психотерапия.

Лечение наркоманий и токсикоманий

Первый этап, согласно законодательству РФ, должен проводиться в специализированных государственных медицинских учреждениях. Рекомендуется- обязательная госпитализация в закрытое учреждение, поскольку возможность контролировать свое поведение у наркомана, особенно на первом этапе лечения, крайне низка и неустойчива.

Отнятие наркотика может быть внезапным (у молодых людей, на начальных этапах заболевания), быстрым и медленным, в течение нескольких дней (у пожилых, соматически ослабленных больных, в поздних стадиях и при очень высокой толерантности). В последнее время рекомендуется одномоментное отнятие наркотика, поскольку современная медицина располагает достаточным количеством лекарственных веществ и лечебных мероприятий для терапии абстинентного синдрома любой степени выраженности.

Лишение наркотика приводит к развитию абстинентного синдрома, на лечение которого и направлены терапевтические действия на первом этапе лечения. Выраженность абстинентного синдрома зависит от характера приема, стажа употребления, вида наркотика, личностных особенностей и т. д. Разработаны различные схемы купирования абстинентного синдрома (особенно при опийной наркомании).

Используются разнообразные психотропные средства. Это, в первую очередь, нейролептики типа тиапридала (тиаприда) и аза-лептина, транквилизаторы (дйазепам, феназепам, лоразепам и

др.). Практически с первых дней начала лечения рекомендуется назначение антидепрессантов/последнего поколения (флуоксетин, циталопрам, сертралин, пароксетин), поскольку почти у всех наркоманов после преодоления ломки развивается депрессивное состояние, а клинический эффект антидепрессантов развивается не раньше, чем через неделю регулярного приема. В состав схем, рекомендованных для терапии абстинентного синдрома, обязательно входят вещества, воздействующие на катехоламиновые нейромедиаторные системы: клофелин (клонидин), пирроксан. Для нормализации гомеостаза используют витамины, а также препараты магния. Для лечения болевого синдрома применяются анальгетики: трамал, кетанов, баралгин и т. д.

В особенно тяжелых случаях применяется т. н. заместительная терапия, когда при снижении привычного сильного наркотика больному, начинают давать препараты, сходные по механизму действия, но не обладающие рядом клинических эффектов наркотика (нарфин, метадон).

В последние годы в России стала популярной сверхбыстрая (до 24 часов) терапия абстинентного синдрома (методика известна под названием программа «Детокс»). В условиях реанимационного отделения больному в состоянии наркоза проводится интенсивная детоксикация с использованием инструментальных методов (гемосорбция). Метод показал свою эффективность, однако является наиболее дорогостоящим. После проведения детоксикации больному вводится препарат (налтрексон), блокирующий опиатные рецепторы. В период действия налтрексона введение наркотика не вызывает привычных эффектов.

Следует отметить, что большинство наркоманов прерывают лечение по окончании первого этапа. Их согласие на лечение было вызвано лишь желанием снизить дозу («омолодиться» — на сленге наркоманов), чтобы, «переломавшись» в течение какого-то времени, тратить меньше денег на приобретение наркотика.

На *втором этапе* главная задача — максимально продлить состояние абстиненции и вывести больного в ремиссию. Основной упор делается на различные психотерапевтические методы. Это индивидуальная и групповая психотерапия; посещение клубов анонимных наркоманов, где уже вылечившиеся от зависимости помогают тем, кто только начал возврат к нормальной жизни. Основная цель любой психотерапии — уменьшить психическую

зависимость и выработать доминанту в жизни, которая не связана с употреблением наркотиков. На этом этапе необходимо проведение психофармакологической коррекции для нормализации эмоционально-волевого состояния больного, изменения которого могут привести к рецидиву.

На Западе широкое распространение получило использование малых доз метадона — синтетического наркотического вещества, сходного по механизму действия с опиатами, но более слабого и не обладающего выраженным эйфоризирующим действием (метадоновая поддерживающая терапия). По предписанию врача наркоман применяет метадон в ремиссии в снижающихся количествах. Метадоновая терапия проводится в течение длительного времени и имеет целью поддерживать на одном уровне и стабилизировать состояние опиатных (в основном, героиновых) наркоманов в течение месяцев и даже лет. Метадон значительно уменьшает потребность в героине, блокирует его эйфорические эффекты, существенно повышает социальную активность пациента. Метадоновая поддерживающая терапия, особенно в сочетании с психотерапевтическими мероприятиями, имела успех при лечении героиновой наркомании, но, в свою очередь, приводила к возникновению наркомании метадоновой. Лечение же метадоновой наркомании не разработано.

В последние два года пытаются использовать вариант сенситизирующей терапии: больному наркоманией в ремиссии вводится длительно действующий препарат, являющийся антагонистом опиатов (аналог налоксона). При приеме даже небольших доз опиатов у наркомана возникает состояние, похожее на ломку, которое делает невозможным дальнейший прием наркотика. Пока использование этих методик остается на уровне испытаний.

На *третьем этапе*, который по существу представляет собой *реабилитацию**, важнейшее значение приобретает социально-психологическая помощь: многие больные не могут упорядочить и организовать свою жизнь, трудоустроиться, приобщиться к занятиям. Важность продолжения психотерапевтической работы при реабилитации также трудно переоценить.

* Реабилитации наркозависимых посвящена отдельная глава (XIV), поскольку именно на этом этапе на первый план выходит работа психолога, социального педагога.

На этапе реабилитации не следует забывать и о фармакологической коррекции. У наркоманов, особенно с длительным стажем зависимости, нарушаются высшие мозговые функции (память, внимание, мышление), что препятствует адекватному восприятию себя как больных. В связи с этим необходимо использование препаратов, восстанавливающих нарушенные функции мозга. Эти препараты принадлежат к разным фармакологическим группам и обладают разными механизмами действия. Их объединяет однонаправленное влияние на функции мозга: при достаточно длительном приеме они оказывают положительное воздействие (Шабанов, Штакельберг, 2000).

На этапе реабилитации чаще всего используются ноотропные препараты (ноотропил, энцефабол, фенибут и др.), улучшающие память, скорость мыслительных процессов, повышающие устойчивость мозга к вредным воздействиям. С той же целью применяются витамины группы В, витамин РР, которые восстанавливают обменные процессы в нервной ткани. В последнее время возрос интерес к использованию нейропептидов (вазопрессин, АКТГ), психоэнергизаторов (гептаминол, деанол и др.) и адаптогенов (настойки элеутерококка, женьшеня, лимонника) у наркологических пациентов. Для улучшения мозгового кровообращения применяются сосудистые препараты (циннаризин, кавинтон и др.).

Литература

1. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
2. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. — СПб.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1996. - 190 с.
3. Крупицкий Е. М., Гриненко А. Я. Стабилизация ремиссий при алкоголизме. — СПб.: Гиппократ, 1996. — 98 с.
4. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. — 332 с.
5. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
6. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
7. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.

Глава XIII.

ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ

Психотерапия — это лечебное психологическое воздействие на психику человека и через психику на организм больного (Карварский, 1985). Можно уверенно утверждать, что без применения психотерапии добиться сколько-нибудь значительных и долговременных результатов в лечении больного, страдающего химической зависимостью, нельзя, так как основными причинами ее возникновения являются психологические проблемы. Применяя ПАВ, человек в какой-то мере решает их, осознает неконструктивность такого решения, но не может от него отказаться. Это создает особые трудности в психотерапевтической работе с алкоголиком, токсикоманом, наркоманом.

Во-первых, это своеобразные изменения личности, которые возникают у больных, страдающих химической зависимостью. Часто больные считают, что в глубине души психологи и врачи, разговаривающие с ними, либо жалеют их, либо презируют, оттого контакты «со специалистами» для многих алкоголиков и наркоманов невыносимы. Прорваться через психологические защиты, применяемые больными, установить с ними по-настоящему искренний доверительный контакт, без которого психотерапия невозможна, очень непросто.

Во-вторых, это анозогнозия, отказ считать себя больным, а значит, и лечиться. Это определяет вторую задачу психотерапевта: замотивировать больного на лечение. Сейчас уже мало у кого возникает сомнение в том, что без достаточно активного участия больного алкоголика или наркомана помочь ему практически невозможно. В Советском Союзе долгое время придерживались другой точки зрения. Длительное время практиковалось так называемое принудительное лечение алкоголиков и малочислен-

ных тогда наркоманов в психиатрических больницах и лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП). Результат содержания пациентов в этих больницах лагерно-тюремного типа в течение одного-двух лет был удручающим: уже спустя год после выписки до 90% пролечившихся начинали пить снова, а в течение следующего года к ним присоединялись оставшиеся 10%. Несмотря на это, многие больные вновь направлялись в ЛТП на повторный курс так называемого лечения.

В-третьих, причины психологических проблем, приведших человека к злоупотреблению ПАВ, вроде бы лежат на поверхности, однако на самом деле имеют очень глубокие корни. Для серьезного лечения больного необходимо подробное изучение истории его анамнеза, выявление психотравм, полученных в течение жизни, в том числе в раннем детстве, психологическое исследование особенностей его психических функций, личности. И проделывать эту огромную работу должен клинический психолог.

В-четвертых, чем выше интеллект больного, чем многограннее его личность, чем он талантливее, тем труднее проводить с ним психотерапию. Дело в том, что проблемы такого больного очень глубоки, а психологические защиты изощренны.

В-пятых, у человека, страдающего химической зависимостью, формируются стойкие поведенческие стереотипы, а также стойкие биохимические изменения в организме, делающие невозможным осуществление заветной мечты любого алкоголика или наркомана: «пить как все», «колоться изредка» и т. п. Незначительная доза ПАВ сводит все лечение насмарку, все необходимо начинать сначала. Рекламируемые периодически методы лечения алкоголизма, позволяющие после их применения алкоголику «пить как все», поэтому представляются сомнительными. Именно в связи с этой особенностью лиц, подверженных химической зависимости, с самого начала психотерапии перед пациентом и членами его семьи надо поставить верную цель: не излечиться, а добиться длительной ремиссии, желательно на всю жизнь.

В-шестых, поведенческие стереотипы возникают не только у алкоголика и наркомана, но и у членов его семьи, многие из которых на бессознательном уровне решают за счет его химической зависимости свои личностные проблемы, и также неосознанно поддерживают его пристрастие и могут препятствовать психотерапии, чтобы сохранить стереотип семейных отношений

(см. Главу XI). Классическим примером может служить жена, страдающая комплексом неполноценности, заниженной самооценкой, которая чувствует себя сильной, значимой, нужной только в той ситуации, когда муж безобразно пьян. Рядом с трезвым, сильным и решительным мужчиной она испытывает дискомфорт. Выявить эти сложные механизмы, помогают психологические исследования семьи, которые должен проводить психолог. Без привлечения членов семьи к психотерапевтическому процессу, их активизации, превращения их в союзников, совместной разработки цели и задач психотерапии не стоит рассчитывать на ее успех.

В-седьмых, недостаточно сломать старые биологические и поведенческие стереотипы химически зависимого человека и членов его семьи. Нужно дать им что-то взамен. Умению жить без ПАВ, что необыкновенно трудно алкоголику или наркоману, приходится учиться.

В-восьмых, психотерапевту нужно в процессе лечения следить, чтобы связь с ним не стала для больного симбиотической. Самолюбию психолога, психотерапевта может очень льстить то, что пациент не может ступить без них и шагу, советуется с ними о каждой мелочи. Нарушение такой связи по окончании курса лечения приведет к неизбежному рецидиву. Пациент должен научиться самостоятельно и конструктивно решать проблемы свои и своей семьи.

В-девярых, в-десятых... Список трудностей можно продолжить. Автор предлагает сделать это читателю тогда, когда он станет психологом, психотерапевтом и начнет помогать больным с химической зависимостью.

Методы психотерапевтического воздействия

В советское время использовались, в основном, четыре психотерапевтических метода лечения больных с химической зависимостью: рациональная психотерапия, условнорефлекторная психотерапия, гипносуггестивная психотерапия и аутогенная тренировка.

1. *Рациональная психотерапия* представляла собой серию бесед нарколога с пациентом. К беседам предъявлялись требования «иметь конкретное содержание, доступное и понятное больному

и воздействующее на него как убедительностью доказательств, так и эмоциональной насыщенностью». Содержание, как правило, включало «сведения о вреде алкоголя, его разрушительном действии на моральный облик, нервно-психическую сферу, на организм в целом и каждую систему его органов в отдельности...». Особое внимание призывалось «обращать на губительное влияние алкоголя на половую сферу и потомство, на то, что пьянство делает человека предрасположенным к простуде» (Рожнов, 1983).

2. *Условнорефлекторная психотерапия*, заключающаяся в выработке у больного «условнорефлекторной тошнотно-рвотной реакции» на запах и вкус алкоголя*. В. М. Бехтерев предложил подобную методику еще в 1915 году, но широко применяться она стала лишь в Советском Союзе. Каждые полгода больным предлагалось пройти повторный курс.

3. *Гипносуггестивная психотерапия* довольно часто применялась в СССР, в основном при лечении алкоголиков. Среди выдающихся психотерапевтов того времени, использовавших в своей работе гипносуггестивную терапию, следует вспомнить профессоров П. И. Буля, К. М. Варшавского. А. М. Свядоща. Наиболее широкое распространение получила методика коллективной эмоционально-стрессовой психотерапии (Методическое письмо МЗ СССР от 12.06.75 г.), автором которой был главный психотерапевт Советского Союза профессор Е. В. Рожнов. Суть ее заключалась в следующем. Группа, состоящая не более чем из 15 больных, приглашалась в гипнотарий. Они погружались в состояние гипнотического транса, после чего выслушивали «лечебные внушения», начинающиеся «с раскрытия того огромного вреда, который наносит злоупотребление спиртными напитками общественному и семейному положению пьющего» (Рожнов, 1983). Далее больным «задушевно, весело, но без напыщенности» повторялось то, что они уже не раз слышали на сеансах рациональной психотерапии. Продолжался сеанс 1-1,5 часа и заканчивался выработкой «условнорефлекторной эмоционально-отрицательной тошнотно-рвотной реакции на вкус и запах алкоголя, вначале при подкреплении 96% этиловым спиртом». Таким образом, методика успешно сочетала рациональную, условнорефлекторную, коллективную и гипносуггестивную психотерапию.

* Подробнее о методике условнорефлекторной терапии см. в Главе XII.

Сейчас методики, формирующие отвращение к алкоголю и другим ПАВ, применяются все реже. Более эффективными рекомендовали себя методики, демонстрирующие пациенту преимущества отказа от употребления ПАВ.

Перечисленные методики, основанные на выработке у больного отвращения к алкоголю (или другим ПАВ), исходили из неверных представлений о том, что люди начинают, а затем не могут бросить курить, пить, употреблять наркотики из-за дефицита информации о пагубном воздействии ПАВ на здоровье. Нередко в основе пристрастий к употреблению ПАВ лежит бессознательное стремление к саморазрушению, связанное с глубоким комплексом неполноценности, неудовлетворенности собой, низкой самооценкой. В этой ситуации постоянные упреки в неправильном поведении, глупости (непонимании последствий пагубной привычки), безволии имеют эффект, противоположный ожидаемому. Именно поэтому психотерапия, основанная на запугивании последствиями «вредных привычек», малоэффективна.

4. *Аутогенная тренировка* — психотерапевтический метод, основанный на действии мышечной релаксации и целенаправленного самовнушения. Предложен он был еще Дж. Шульцем в 1932 году, но получил широкое распространение в СССР в 80-х годах, в том числе и для лечения алкоголизма и токсикомании (Лобзин, Решетников, 1986).

Метод включает в себя некоторые элементы упражнений йогов. В состоянии покоя и нарастающей мышечной релаксации больной обучается вызывать у себя ощущения тепла и тяжести конечностей, прохлады в области лба, а также регулировать дыхание, ритм сердечной деятельности и т. п. В этом состоянии ему предлагается повторять формулы самовнушений (например, «вино мне совершенно безразлично», «воздержание от алкоголя приносит радость и покой»). Ценность использования этого метода состояла в том, что больной становился активным, а не пассивным участником психотерапевтического процесса. Ему предоставлялась возможность самостоятельно изобретать формулы аутосуггестии, значимые только для него («никогда не стану похожим на алкоголика Васю»).

В настоящее время, в качестве вспомогательных, элементы аутогенной тренировки довольно часто и успешно включаются в программы лечения химически зависимых пациентов. Самостоя-

тельного значения в психотерапии употребляющих ПАВ метод не имеет.

Современные новые методики разрабатываются на более высоком методическом и теоретическом уровнях. Примером может служить так называемая *«психоделическая психотерапия алкогольной зависимости»*, довольно распространенная в 80-90-ые годы XX века у нас и за рубежом (Strassman, 1995; Гриненко, Крупицкий, 1996). На 2-3 подготовительных сеансах происходило знакомство психотерапевта с больным, и ему излагался «психотерапевтический миф», согласно которому во время психоделической сессии он будет введен в особое состояние, позволяющее проникнуть в его подсознание. В этом состоянии произойдет глубинное переживание и осознание отрицательных сторон его алкогольной болезни, которое проявится в символической форме в виде чрезвычайно эмоционально насыщенных видений. Эти переживания и обусловят впоследствии психологическое непринятие пьянства и твердую установку на трезвость. На следующей сессии проводилась непосредственно сама процедура. Больному вводились средство для внутривенного наркоза (кетамин), вызывающее галлюцинации, а также стимуляторы: этимизол, способствующий сохранению в памяти пережитого во время сеанса, и бемегрид, потенцирующий эмоции больного, вызванные галлюцинаторными видениями. Во время сеанса звучала специальная музыка, и врач, вербальный контакт с которым у пациента сохранялся, делал ему соответствующее внушение, иногда вступал с ним в диалог. Содержание внушения включало в себя не только сообщения о вреде пьянства, но и касалось вопросов цели, смысла жизни. Считалось, что во время такого сеанса могут происходить глубокие позитивные личностные изменения. Через 1-2 дня на заключительную сессию приглашаются несколько пациентов, переживших «акануне «погружение в подсознание», и им предлагается описать на бумаге все, что они испытали. Потом каждый зачитывает то, что написал. С помощью психотерапевта идет обсуждение, интерпретация символических образов, исподволь закрепляются установки на трезвую жизнь.

Исследования показали, что через 2 года примерно 41% пациентов находились в ремиссии. Авторы этой методики, в отличие от приведенных ранее, ставили перед собой задачу попытаться подействовать на личность пациента.

Еще более ориентирована на личность пациента, на наш взгляд, методика «кодирования» А. Р. Довженко, которая достаточно популярна в настоящее время. Вокруг нее не утихают споры, однако, причина многих нареканий видится не в ее недостатках, а в дискредитации ее не очень умелыми и (или) не очень добросовестными психотерапевтами. Довженко удалось активизировать пациента, включить его в психотерапевтический процесс, побудить его самостоятельно (еще до личного знакомства с психотерапевтом!) проделать колоссальную работу. Сам Довженко и его истинные ученики очень жестко соблюдали условия проведения так называемого «кодирования». На лечение брали только того, кто в течение трех (не менее!) недель смог самостоятельно, без всякой посторонней помощи воздерживаться от алкоголя. Психотерапия по Довженко начинается не тогда, когда пациенты усаживаются в полутемном круглом зале и ждут появления «мага», а тогда когда прочитав о замечательном враче, алкоголик вначале задумывается, потом принимает решение, а затем преодолевает массу трудностей и, победив себя, обращается за помощью к врачу. С родственниками больного, сопровождающими его (а путь иногда неблизкий), тоже работают врачи, психологи, выслушивают, обсуждают, как строить жизнь после «кодирования». И вот наступает желанный момент, и выходит добрый доктор, который называет каждого «родной мой», и вводит в транс, и говорит речь. И каждое слово его золотое ловят те, кто хочет и уже может услышать, и попадают слова на подготовленную почву. А потом больные, потрясенные, выходят из полутемного зала под солнечное небо Феодосии и плачут от счастья вместе со своими родными, которые встречают их. Они сделали это! Они победили болезнь!

Эффективность лечения алкоголиков по методу Довженко превышает 80%. У большинства больных, начинающих снова алкоголизироваться в течение года после «кодирования» по А. Р. Довженко (7-18%), отмечались психопатии, а также интеллектуальное снижение в виде пограничной умственной отсталости или дебильности (Дроздов, 1991; Зверев, 1991).

Сейчас в каждом городе есть несколько кабинетов, в которых предлагают закодировать. Зайти в них просто, как в парикмахерскую, были бы деньги. Там перед клиентом не ставят никаких особых условий (конкуренция!). И можно, заплатив не так уж

много, «закодироваться» на любой срок. Кому-то это помогает, кому-то — нет, иногда больше, иногда — меньше... Один пациент рассказал, что однажды пытался закодироваться на год, но не взял с собой достаточно денег. Поторговавшись, врач закодировал его на 8 месяцев. Помогло только на два...

Методика «массовой эмоционально-эстетической психотерапии алкоголизма», которую в 1993 году предложил называющий себя учеником Довженко Г. И. Григорьев, сильно отличается от того, что создал и внедрял его учитель. Однако это не помешало Григорьеву объявить свою методику модификацией «кодирования». Суть модификации состоит в том, что количество присутствующих на одном сеансе больных увеличено до 500-600 человек. Сеансы проводятся обычно в кинотеатрах. Масштабы мероприятия потребовали участия в процессе врачей-ассистентов. Беседа врача с аудиторией чередуется с проповедью священника, его «напутственным словом», выступлением хора духовной музыки, что, по мнению автора, должно создать в кинотеатре «храмовый эффект». Только после этого следует «сокращенный вариант» сеанса Довженко, из формулы внушения были исключены значительные отрывки.

Гипносуггестивная психотерапия в данной методике используется Довженко в контексте хорошо продуманного когнитивно-поведенческого воздействия. Современные методики, в которых основным терапевтическим фактором лечения от химической зависимости является именно внушение в состоянии гипнотического транса, а когнитивный фактор вторичен, в настоящее время применяются менее широко, чем прежде (и, разумеется, на более высоком методическом уровне).

Большое значение при проведении гипносуггестивной психотерапии в настоящее время уделяется работе с пациентом, предвещающей начало гипнотических сеансов. Вот как сформулировал рекомендации по проведению этого начального этапа известный английский психотерапевт D. A. Alexander (2001):

1. Вначале должен быть собран полный анамнез в отношении особенностей употребления пациентом ПАВ, той роли, которую это играет в его жизни, включая воздействие этого на ближайшее значимое окружение. Также следует исследовать мотивацию к перемене, ее вероятные последствия и факторы, которые «запускают» употребление ПАВ или связаны с ним.

2. Пациентов следует избавить от неправильного понимания и необоснованных тревог по поводу гипноза. Они должны усвоить, что гипноз не является волшебным инструментом, который избавит их от химической зависимости без всякого усилия с их стороны. Гипноз по существу является способом самоконтроля и предполагает обучение набору когнитивных приемов, которые пациент должен активно применять.

3. Между пациентом и психотерапевтом должен быть заключен контракт, в котором указываются:

а) реалистические краткосрочные и долгосрочные цели (краткосрочные, обеспечивая ранний успех, помогают сохранять мотивацию);

б) санкции, которые наступят в случае срыва подготовки лечения (например, периода воздержания от применения ПАВ перед началом сеансов гипноза) или его проведения;

в) четкое определение соответствующей роли и ответственности пациента и психотерапевта.

4. Поскольку предварительное воздержание является важным и в то же время трудновыполнимым требованием, то в дополнение к любой специальной гипнотической технике психотерапевт обязан обеспечить пациента усиленной поддержкой и одобрением.

На первых сеансах гипносуггестивной психотерапии врачу рекомендуется выяснить у больного, находящегося в состоянии транса, что побуждает его к попыткам избавиться от химической зависимости (Cochranie, 1987) и какими мотивами он руководствуется, саботируя попытки изменить свои пагубные привычки (Schoen, 1985).

В большинстве современных методик содержание внушения, проводимого в гипнотическом состоянии, включает в себя преимущественно не отрицательные, отталкивающее представления о ПАВ и последствиях их употребления, а позитивные (улучшение здоровья, экономического положения, семейных отношений) суггестии (Elliott, 1988; Alexander, 2001). Факторами, делающими использование отвращающих формулировок при внушении менее привлекательными, чем прочие, являются:

- способность отвращающих факторов повредить здоровью пациента (например, повторные суггестии рвоты);

- предполагаемые врачом негативные последствия часто противоречат собственным приятным ощущениям, которые испытывает пациент, употребляя ПАВ;

- фокусирование исключительно на отвращающих аспектах может помешать установлению между психотерапевтом и пациентом необходимых приятных и доверительных отношений.

Многие современные психотерапевты, использующие гипноустуггестию, применяют внушения, направленные не на преодоление химической зависимости, а на повышение самооценки, появление и усиление уверенности в себе пациента, а также на избавление их от тревоги и других эмоций, которые поддерживают влечение к употреблению ПАВ. Подобные «эго-возвышающие» стуггестии совершенно необходимы как на стадии отказа пациента от употребления ПАВ, так и на стадии дальнейшего воздержания.

М. Н. Erikson (1964) наполнял содержание стуггестии символическими историями, в которых содержались скрытые послания пациентам и косвенные упоминания их пагубного пристрастия, не противодействуя собственно пристрастию напрямую.

Широко применяется прием замещения симптома, например, внушается, что всякий раз при появлении желания выпить (поноухать, уколоться)¹ достаточно будет съесть кусочек шоколада.

Также в работе с лицами, подверженными химической зависимости, находят свое применение стуггестивные техники возрастной регрессии и возрастной прогрессии.

При возрастной регрессии пациент в состоянии гипнотического транса переносится в трезвое прошлое. Совместно с психотерапевтом им предпринимаются поиски там событий, переживаний, приведших к заболеванию. Ему может быть предоставлена возможность что-то изменить, пережить заново.

При возрастной прогрессии в состоянии гипнотического транса поочередно предпринимаются путешествия в счастливое трезвое и в кошмарное наркотическое будущее. Пациентам предоставляют возможность отрепетировать новую роль в качестве, например, человека, отказывающегося от выпивки на вечеринке.

В переходный период, в котором меняются поведенческие стереотипы химически зависимого больного, пациенту внушают, что нет такой потребности, удовлетворяемой в прошлом путем употребления ПАВ, которую нельзя было бы удовлетворить новым способом в будущем. Новые способы должны совпадать со

здоровыми интересами, позитивными ценностями больного, а не противоречить им (Citrenbaum, 1985). Больному пережить переходный период помогают его собственные защитные ресурсы, мобилизуемые и создаваемые психотерапевтом. Кроме того, используются аутосуггестии, которым пациент специально обучается.

Современные исследования доказывают довольно высокую эффективность грамотно проводимой гипносуггестивной психотерапии лиц, страдающих химической зависимостью. Эффективность гипносуггестивной психотерапии больных, употребляющих ПАВ, зависит от следующих факторов (Alexander, 1991):

- искреннее желание пациента избавиться от химической зависимости;
- наличие у больного хотя бы умеренной восприимчивости к гипнозу;
- реалистичность терапевтических целей и их направленность на преимущества воздержания, позитивные изменения, к которым оно приведет;
- повышенное внимание психотерапевта к трудностям, с которыми сталкивается пациент, отказываясь от употребления ПАВ, и работа по их преодолению.

Различные гипносуггестивные методики могут применяться как изолированно, так и в сочетании с другими психотерапевтическими воздействиями, могут играть как ведущую, так и второстепенную роль в реабилитационных программах.

Как раньше, так и сейчас, серьезные трудности психотерапии в наркологии связаны с отказом больного, не считающего себя таковым, от лечения. Это привело к необходимости создания форм психотерапии, преодолевающих их. Так некоторые формы *семейной психотерапии* позволяют проводить психотерапевтические сессии без участия в них самого носителя симптома. Это согласуется с системным подходом, широко применяемым семейными психотерапевтами. Согласно ему, если все в семье «взаимосвязаны со всеми, то изменение поведения хотя бы одного лица в системе может косвенно вызвать изменения и у других людей» (Reichell, Hedder, 1985). В результате такой работы семейного психотерапевта нарушается патологический семейный гомеостаз, в семье возникает кризис или целая серия кризисов. Уход жены,

увольнение с работы, материальный крах могут стать поворотным пунктом в его судьбе, и больной будет вынужден менять стереотипы посещения (Эйдемиллер, Юстицкис, 1999).

В качестве примера такого подхода приведем описанную Э. Г. Эйдемиллером (Эйдемиллер, Юстицкис, 1999) методику семейной психотерапии «Прямое вмешательство»:

1-й этап — подготовительный. Начинается с обращения к семейному психотерапевту близкого родственника больного, страдающего химической зависимостью. Вместе с психотерапевтом определяется круг членов семьи и значимых для больного лиц, знающих о его зависимости. Суть проблемы обратившийся клиент видит в патологическом влечении к алкоголю или наркотику и просит помочь справиться с этим.

2-й этап — создание «коллектива вмешательства». Лицо, обратившееся за помощью к семейному психотерапевту, проводит переговоры с выделенным кругом близких и друзей больного, предлагая организовать «коллектив вмешательства». После этого все согласившиеся принять участие в психотерапевтическом процессе собираются у врача, знакомятся с ним и его котерапевтом-психологом. Врач и психолог беседуют со всеми, собирают дополнительные анамнестические сведения, интересуются мнениями о причинах создавшейся ситуации, ее особенностях, а также предложениями о том, как ее можно улучшить. Далее присутствующие, в свою очередь, обеспечиваются объективной информацией психологического и медицинского характера о стадии заболевания, его проявлениях, возможных вариантах течения. «Коллективу вмешательства» предлагается прогноз о том, как будут разворачиваться события дальше, если все пустить на самотек, и несколько альтернативных вариантов вмешательства, дающих шанс переломить ситуацию в лучшую сторону. Ни на одном из них котерапевты не настаивают. Затем высказывается просьба оценить их и на следующей сессии рассказать о своих соображениях по этому поводу. На такое сплочение «коллектива вмешательства» уходит около двух месяцев. Суть проблемы его члены видят в больном и «его безобразном поведении».

3-й этап — активной работы. Участники «коллектива вмешательства», обсуждая на встречах с котерапевтами проблемы семьи больного, начинают понимать свою роль в дисфункциональном

взаимодействии. Для этого психологу и психотерапевту приходится преодолевать психологические защиты, помогать членам «коллектива вмешательства» проявлять свои чувства. С каждым обсуждается манера его поведения с больным, реакции на его эксцессы. На сессиях уже ставится вопрос не о том, как изменить алкоголика, а о том, как изменить себя, чтобы жизнь стала лучше. Обращается особое внимание участников на анализ положительных и отрицательных перемен, отмечаемых в каждом из них, в больном, в семейных коммуникациях, в ситуации в целом.

На одной из сессий участникам дается задание, не советуясь друг с другом, описать дома одну и ту же известную всем скандальную ситуацию, связанную с применением больным ПАВ. Рассказ должен включать в себя:

- точное описание события и поведения больного;
- отношения к потреблению ПАВ;
- выражение собственного чувства по этому поводу;
- выражение пожеланий или положительных чувств к больному.

Формулировки должны отражать симпатию, сочувствие к больному, озабоченность его судьбой.

4-й этап — выбор альтернативы. Участники сессии поочередно читают то, что написали дома, удивляясь разным интерпретациям одних и тех же событий. В обсуждении уточняются какие-то детали, участники отвечают на вопрос о том, как бы они изменили свое поведение, если бы время можно было повернуть вспять и вновь оказаться в обсуждаемой ситуации.

На следующей сессии ведущие обсуждают с участниками сессии, какие формы лечения больного могут оказаться наиболее эффективными. Выбирается несколько вариантов, которые будут предложены ему на выбор.

5-й этап — непосредственного психотерапевтического вмешательства. Члены семьи просят больного прийти на прием к психотерапевту для обсуждения семейных проблем. Больной, желающий узнать, куда столько времени ходили его близкие, как правило, не отказывается от посещения врача. На сессии в присутствии больного участники вновь зачитывают свои впечатления о его поведении, выражая при этом ему свои теплые чувства,

озабоченность, высказывая пожелания согласиться на лечение и уверенность в успехе. Под этим натиском больной, как правило, соглашается на лечение.

Хороший результат (длительная ремиссия, восстановление нарушенных взаимоотношений в семье) после такого предварительного курса прямого вмешательства отмечался в 80% случаев (Wegscheider, 1983).

Особое значение имеет психотерапия семьи, имеющей ребенка или подростка, употребляющего ПАВ. Исследования показали грубые, нуждающиеся в коррекции нарушения взаимоотношений между детьми и родителями в таких семьях. Подростки-наркоманы, оценивая своих матерей, в качестве основных особенностей их характера отмечали враждебность, непоследовательность воспитательных мер, непредсказуемость. Напряженные отношения с родителями, особенно с матерью, способствуют снижению самооценки, повышению уровня тревоги, для снятия которой подростки нередко прибегают к употреблению ПАВ, в частности героина (Вайсов, 2000). Обследование матерей, дети и подростки которых страдают героиновой наркоманией, показало, что примерно у половины из них отмечается неуверенность в вопросах воспитания и проекция на подростка собственных нежелательных качеств. У некоторых также была выявлена фобия утраты ребенка (Городнова, 2000). Показания к семейной психотерапии в этих случаях не вызывают сомнений.

Большое значение имеет поддерживающая семейная психотерапия после завершения курса лечения больного в наркологическом диспансере или после выписки его из наркологического стационара. Основными задачами поддерживающей семейной психотерапии на этом этапе Т. Г Рыбакова (1986) считает:

- своевременное разрешение текущих семейных конфликтов (ролевых, сексуальных и других);
- укрепление в семье новых стереотипов, связанных с воздержанием от употребления ПАВ;
- обучение членов семьи адекватным способам взаимодействия.

Основными психотерапевтическими приемами при этом служат вербальная дискуссия и ролевое проигрывание типичных конфликтных ситуаций.

При лечении лиц, страдающих химической зависимостью, в настоящее время большое значение придается использованию *групповой психотерапии*. Желательно, чтобы сеансы групповой психотерапии проводились двумя равноправными котерапевтами: врачом и психологом, причем разного пола.

Цель групповой психотерапии — формирование адекватного самосознания страдающего химической зависимостью больного, а также расширение сферы самосознания. Результатом достижения этой цели является способность пациента удовлетворять свою сенсорную жажду и естественную потребность в изменении состояния, не используя для этого ПАВ. Для достижения этой цели в процессе групповой психотерапии больному необходимо решить следующие задачи:

- осознать связи между своей личностью, ситуацией и болезнью;
- осознать происхождение особенностей своей личности;
- повысить самооценку, создать свой положительный образ и принять себя;
- получить и осознать новый опыт взаимоотношений и взаимодействий, в группе;
- пережить в группе новые эмоции, осознавать, принять их и научиться выражать их вербально;
- пережить заново, осознать и вербализовать прошлый эмоциональный опыт;
- сформировать новые адекватные поведенческие стереотипы.

Решение этих задач осуществляется в процессе групповой психотерапии путем обсуждения жизненных ситуаций (как связанных, так и не связанных с употреблением ПАВ). При этом возникают особые отношения между больными, что способствует укреплению мотивации участников на продолжение лечения, нахождению новых путей отказа от употребления ПАВ, противостоянию рецидиву, адекватному реагированию в случае его возникновения. В качестве психотерапевтических приемов во время сессий психотерапевтами применяются групповые дискуссии, психогимнастика, элементы арттерапии, психодрамы и другие.

Важнейшим лечебным фактором при проведении групповой психотерапии является *групповая динамика*. Это понятие включает в себя те изменения взаимоотношений и взаимодействий,

которые возникают между участниками группы (котерапевтами в том числе), то есть представляет собой совокупность внутри-групповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы, включая образование, развитие, стагнацию, регресс и распад.

Как правило, сеансы групповой психотерапии проводятся с частотой 2-4 раза в неделю. Продолжительность их составляет 1-1,5 часа. Количество пациентов в группе не должно превышать 10 человек. Группы могут быть как открытыми, так и закрытыми, но большинство психотерапевтов предпочитают работать с закрытыми.

При проведении групповой психотерапии на первых же сессиях устанавливаются групповые нормы, представляющие собой совокупность правил и требований, предъявляемых ко всем участникам группы, включая котерапевтов. В процессе психотерапии формируется определенная структура группы, в которой каждый член имеет вполне определенную роль, возникают подгруппы. По мере роста привлекательности для участников группы посещения сессий растет ее сплоченность. Несоответствие ожиданий пациентов с реальной групповой ситуацией создает групповое напряжение. Все эти процессы отражают смену фаз развития психотерапевтической группы:

1. Фаза пассивной зависимости и напряжения;
2. Фаза борьбы с формальным лидером и бунта против психотерапевта;
3. Фаза консолидации и сотрудничества.

В работе с больными, страдающими химической зависимостью, очень важна преемственность между групповой и семейной психотерапией, участие -прошедших лечение в собраниях **Сообществ Анонимных Алкоголиков (САА)** или **Анонимных Наркоманов (САН)**. Зародившись в 50-х годах XX столетия в США, САА приобрело характер настоящего общественного движения. В настоящее время в его рядах насчитывается более 1,7 миллионов человек, проживающих в разных странах. Герб САА представляет собой треугольник, заключенный в круг. Три стороны треугольника символизируют выздоровление, единство и помощь, а круг — международный характер САА, распространившегося по всему миру. В основу деятельности САА заложена

программа «12 шагов», адаптированная для наркоманов и принятая на вооружение и САН. Основные положения этой программы следующие:

1-й шаг. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признались в том, что потеряли контроль над своей жизнью.

2-й шаг. Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могучая, чем наша собственная, может вернуть нам здоровье.

3-й шаг. Мы приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимаем.

4-й шаг. Мы глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.

5-й шаг. Мы признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений.

6-й шаг. Мы полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков.

7-й шаг. Мы смиренно просили Его исправить все наши недостатки.

8-й шаг. Мы составили список всех тех, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними.

9-й шаг. Мы, лично, возместили причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могли повредить им или кому-то другому.

10-й шаг. Мы продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу их признавали.

11-й шаг. Стремление путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы его понимаем, моление лишь о знании Его воли, которую нам следует исполнить, и о даровании силы для этого.

12-й шаг. После духовного пробуждения мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

Отношения между членами САА характеризуются недирективностью, свойственной сектам. От членов САА не требуется признания какой-то единой концепции Бога, соблюдения каких-нибудь религиозных обрядов. Осуществляется эта программа в основном специально подготовленными компетентными терапевтами-консультантами, являющимися бывшими алкоголиками

с ремиссией заболевания не менее двух лет. Это, а также структурированность программы во многом определяют ее эффективность.

Посещения этих собраний является своеобразным продолжением групповой психотерапии, оказывает большое положительное влияние на длительность ремиссии. Члены семей, употребляющих ПАВ, создают «общества самоподдержки». Так, например, в США популярно созданное в 1984 году общество «Взрослые дети алкоголиков», в России во многих городах существуют общества матерей наркоманов.

Значение психолога в организации и проведении психотерапии лиц, страдающих химической зависимостью, за последние десятилетия сильно возросло, и тенденция роста сохраняется. Особую роль играет психолог в консультационной работе с человеком, употребляющим ПАВ, и его близкими. В связи с этим нельзя не упомянуть о службе *экстренной телефонной психологической помощи*, несущей, помимо прочих, и психотерапевтическую нагрузку. Доступность, анонимность, конфиденциальность общения с психологом-психотерапевтом делают эту службу очень привлекательной в глазах больных и их родственников, обращающихся за помощью на разных стадиях изменения поведения употребляющего ПАВ, включая самые ранние (Бурдакова, Геллер, 1997).

На начальных этапах заболевания от компетентного телефонного консультанта-психолога больной и его близкие могут получить необходимую объективную интерпретацию происходящего в их семье. Беседы по телефону с психологом часто способствуют крушению мифа о безвредности употребления наркотиков, формируют мотивацию отказа от их употребления, помогают планировать конкретные действия, направленные на лечение. Больной и его близкие могут получить телефоны и адреса лечебных учреждений, занимающихся соответствующими проблемами, информацию о применяемых там методах лечения.

Больной, находящийся в состоянии ремиссии, чувствуя возможность срыва, всегда может позвонить психологу-консультанту, и умело построенная беседа способна предотвратить рецидив.

В заключение попытаемся выявить наметившиеся в конце XX — начале XXI веков тенденции в психотерапевтических подходах к больным, страдающим химической зависимостью:

- от директивной психотерапии к недирективным формам работы;
- от работы с пассивным больным к его активизации и вовлечению его в психотерапевтический процесс;
- от индивидуальной психотерапии больного к семейной психотерапии;
- от индивидуальной работы нарколога к командной работе (нарколог, психотерапевт, психолог);
- от борьбы с симптомами к лечению больного;
- от симптоматической психотерапии к этиопатогенетической.

Очевидно, что современные тенденции указывают на рост значения роли психолога в психотерапии больного, страдающего химической зависимостью, и членов его семьи.

Литература

1. Гельдер М., Гэт Д., Мейо R Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев: Сфера, 1997. Т. 2. - 435 с.
2. Гипнотерапия. — СПб.: Питер, 2001.
3. Дроздов А. И. Опыт лечения методом стрессовой терапии по А. Р Довженко // Вести, гипнологии и психотерапии, 1991. № 1. С. 15-16.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.
5. Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. - 448 с.
6. Лобзин В. С, Решетников М. М. Аутогенная тренировка: (Справоч. пособие для врачей). — Л.: Медицина, 1986. — 280 с.
7. Рожнов В. Е. Психотерапия алкоголизма // Алкоголизм: (Руководство для врачей / Под ред. П В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. М.: Медицина, 1983. С. 342-349.
8. Эйдемиллер Э. Г, Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. - 656 с.

Глава XIV.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ В НАРКОЛОГИИ

«Наркоманию часто изображают так, будто ее можно ликвидировать путем объявления ей тотальной войны. Однако сейчас акцент смещается: не война с наркотиками, а поддержка стратегии «Здоровье для всех».

Ганс Ембланд, Директор программы по наркомании ВОЗ.

Согласно классификации ВОЗ,¹ профилактику принято разделять на три типа: первичная (направленная на предупреждение болезни); вторичная (задержать развитие болезни); третичная (предотвращение осложнений, инвалидности). Очевидно, что в наркологии собственно профилактика может быть исключительно первичная, т. к. два других типа являются лечебными и реабилитационными мероприятиями.

Первичная наркологическая профилактика располагает двумя основными методами — системой запретов и наказаний и санитарным просвещением. Вспомогательным приемом может быть выявление групп риска аддиктивного поведения (Личко, Битенский, 1991).

Мероприятия в рамках создания соответствующей антинаркотической законодательной базы в большей степени находятся в компетенции государственных органов. Врачам, психологам и педагогам остается санитарное просвещение, которое, особенно у подростков, представляет собой непростую задачу.

Система запретов и наказаний (законодательная база) в какой-то степени разработана в отношении наркотиков, меньше — в отношении алкоголя и совсем мало — в отношении ряда токсических веществ.

В Российском законодательстве существует уголовное преследование за изготовление, распространение, хранение наркотических веществ. Собственно употребление наркотических препаратов формально уголовно не преследуется. Вместе с тем, в соответствии с Законом Российской Федерации «О наркотических и психотропных веществах» (1997), запрещается немедицинское использование наркотических препаратов. Таким образом, существуют определенные противоречия в законодательной базе. Следует отметить, что Закон от 1997 г. все чаще подвергается критике за ряд положений, мешающих развитию полноценной медицинской помощи наркоманам и алкоголикам. Это запрет на использование психотропных веществ частнопрактикующими врачами (ст. 31), запрещение лечения больных наркоманией вне государственных учреждений, а также с использованием наркотических средств, например метадоновой терапии (ст. 55), фактическая ликвидация анонимного лечения (ст. 56) и др.

В 1998 году президент Б. Н. Ельцин подписал постановление «О мерах по усилению противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и злоупотреблению ими». В сентябре 1999 года правительство принимает Федеральную целевую программу «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1999-2001 годы». За 1998 год и первую половину 1999 года были привлечены к уголовной ответственности более 60 тыс. человек за преступления, связанные с наркотиками, задержаны почти 90 тыс. человек, у которых были обнаружены наркотики (Наркомания, 2000).

В отношении алкоголя могут быть действенны три метода из системы запретов: повышение цены на алкогольные напитки; запрет рекламы; контроль за продажей.

Под эгидой Министерства образования РФ в 2000 и 2001 г. разрабатываются и принимаются концепции: профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде и реабилитации зависимых. Отрадно, что эти концепции широко обсуждались среди специалистов и основываются на мировом опыте профилактики химической зависимости, адаптированном к нашим условиям. Согласно первой концепции первичная профилактика направлена на формирование в обществе непримиримого отношения к упо-

треблению наркотиков. Целями первичной профилактической деятельности являются:

1) изменение ценностного отношения детей и молодежи к наркотикам, формирование личной ответственности за свое поведение. обуславливающие снижение спроса на психоактивные вещества в детско-молодежной популяции;

2) сдерживание вовлечения детей и молодежи в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни. формирования антинаркотических установок и профилактической работы с сотрудниками образовательных учреждений.

В центре первичной профилактической деятельности должны находиться личность несовершеннолетнего и три основные сферы. в которых реализуется его жизнедеятельность, — семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение.

Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на формирование личностных ресурсов, ресурсов семьи, внедрение в образовательной сфере инновационных педагогических и психологических технологий, развитие социально поддерживающей инфраструктуры.

Вторичная профилактика зависимости от ПАВ касается лиц, которые уже испытывают на себе влияние проблемы, связанной с употреблением наркотических средств, но не обнаруживают признаков болезни. Ее цель — максимально сократить продолжительность воздействия ПАВ на человека, ограничить степень вреда, наносимого злоупотреблением ПАВ как потребителем, так и окружающей его микросреде — учащимся образовательного учреждения и семье, предотвратить формирование хронического заболевания. Комплекс мероприятий вторичной профилактики направлен на полное прекращение дальнейшей наркотизации и восстановление личностного и социального статуса учащегося.

К третичной профилактике, согласно концепции профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной сфере, относятся мероприятия, направленные на предотвращение срывов и рецидивов наркомании.

Традиционно в нашей стране основной упор делался на т. н. негативную профилактику. Обычно в лекционной форме предназначалось разъяснять, какой вред психическому и физическому

здоровью наносит злоупотребление алкоголем и наркотиками. При этом не учитывалось, что субъективная цена собственного здоровья у современных подростков низка. В то же время широкое распространение сведений о наркотиках и токсических веществах (а это встречалось сплошь и рядом, особенно в «антинаркотических» телепередачах, — вплоть до сведений о рецептах приготовления наркотика в домашних условиях) может побудить к ним нездоровый интерес. Вызывает большие сомнения, что и традиционная антиалкогольная пропаганда эффективна. Так, английские исследования еще 15 лет назад показали, что лекции и пропаганда в СМИ не могут изменить отношение к алкоголю у подростков (Plant et al., 1985).

Становится очевидным, что малоэффективную негативную профилактику должна сменить профилактика продуктивная, конструктивная. Суть конструктивной профилактики — выработка альтернативы аддиктивному поведению в виде здорового образа жизни в широком понимании. Принципами конструктивной профилактики химической зависимости должны быть: 1) честность; 2) компетентность; 3) максимальный охват групп риска; 4) проблемная адекватность; 5) комплексность стратегий и методов; 6) дифференцированный подход; 7) непрерывность и длительность; 8) максимальное участие всего общества.

Поскольку Россия намного позже Западных стран столкнулась с проблемой наркомании в целом и вопросами ее профилактики в частности, то имеет смысл обратиться к зарубежному опыту, проанализировать достижения и ошибки, которые были в процессе решения этой нелегкой задачи. Наиболее полный обзор зарубежного опыта по профилактике химической зависимости приводится в монографии «Предупреждение подростковой и юношеской наркомании» под ред. С. В. Березина, и др. (2000).

Зарубежный опыт профилактики

На Западе в профилактике химической зависимости основной упор делается на неправительственные организации. Самые распространенные программы первичной профилактики: образовательные антинаркотические и антиалкогольные программы. Они наиболее эффективны в начальных классах и среди молодых правонарушителей. Между тем голландский опыт показывает,

что программы, ориентированные только на просвещение, малоэффективны. Лучшие результаты дают программы, обучающие адаптивному стилю жизни, навыкам общения, критическому мышлению, умению принимать решения и противостоять в ситуации предложения психоактивных веществ.

США

Исследователи из Йельского университета разработали программу профилактики для подростков 11-14 лет, живущих в больших городах. Она состояла из 20 занятий и была, главным образом, направлена на социальное приспособление. Занятия были посвящены регулированию стрессов, осознанию положительных свойств личности и формированию целей для достижения здорового образа жизни, а также общественным и юридическим последствиям злоупотребления алкоголем и наркотиками. Анализ результатов программы показал, что после специфических тренировок у подростков развилась способность критически мыслить, благодаря которой они смогли оценить пагубность злоупотребления алкоголем и наркотиками.

В университете Чикаго была разработана антинаркотическая профилактическая программа «Модель с использованием местного лидера». Основным принципом программы явилось сотрудничество с неформальным лидером определенной группы, привлечение его на сторону руководителей программы. Лидеры отбирались по результатам социометрии.

Важно, как подчеркивают американские исследователи Э. Эмозтинг и С. Бар, выяснить, не только почему подростки приобщаются к наркотикам, но и почему они осуждают пристрастие к ним. Оказалось, что в качестве мощного противодействующего фактора выступает религиозность. Опыт реабилитации российских наркоманов полностью согласуется с этим положением.

В США активно действуют организации (их — насчитывается более 3,5 тыс.), занимающиеся профилактической работой с больными химической зависимостью. Некоторые из них занимаются распространением позитивного опыта работы в других странах. Одной из них является «Life Skills International» (LSI) — благотворительная организация, основанная в 1991 году. Базовая программа LSI — формирование жизненных навыков и профилактики

употребления ПАВ. В США она считается наиболее эффективной. Цель — обучение подрастающего поколения здоровому стилю жизни и навыкам сопротивления приобщению к психоактивным веществам. Задачи программы: развитие социальной и личностной компетенции детей; выработка навыков самозащиты и предупреждение возникновения проблем. Решение задач предполагает формирование определенных социально-психологических навыков: 1) Обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия решения, выработки адекватной самооценки. 2) Обучение умению постоять за себя, избегать ситуаций неоправданного риска, делать рациональный, здоровый жизненный выбор. 3) Научиться регулировать свои эмоции, избегать стрессов, разрешать конфликты, сопротивляться давлению извне (Спрангер, 1993; 1994).

Местом приложения большинства программ в США является школа. Школы лучше всего открыты для нововведений, обеспечивают постоянство среды учащихся и наилучшим образом ориентированы к проблемам молодежи.

Для создания поведенческих профилактических программ используются различные методики, эклектические модели. Наиболее распространенными являются программы *Формирования жизненных навыков* (ФЖН), в основу которых положены следующие базовые принципы:

1. Всесторонность программ (разнообразие методов и средств профилактики, ориентированных на целостного человека на протяжении определенного времени).
2. Участие родителей в работе по программе.
3. Тренинг.
4. Сотрудничество (школа, специалисты, правоохранительные органы и т. д.).
5. Культурная релевантность (адекватность).
6. Оценка эффективности программ.
- 7 Основа — ценности (просоциальное позитивное поведение).
8. Связь программы с обществом.

Результатом мощной профилактической антинаркотической работы в США за 15 лет явилось снижение на 50% числа лиц, употребляющих наркотики. Число убийств, связанных с нарко-

тиками, сократилось на 25%. В городах США сформировано 3,5 тыс. общественных организаций по борьбе с наркотиками.

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

В Англии антинаркотическая профилактика в школе ведется в рамках новой дисциплины «Обучение здоровому образу жизни» (аналог российского предмета «Валеология», или ОБЖ). Предложены, апробированы и изучены ряд моделей обучения здоровому образу жизни (Чарльстон. 1997):

1) *Медицинская (профилактическая) модель* полностью построена на информировании школьников и является чисто когнитивной — «знание, отношение, поведение». Предполагается, что если человек знает об опасности для здоровья определенного модуса поведения, то он начинает к нему отрицательно относиться и избегать. Такой взгляд оказался упрощенным и мало оправдал себя на практике. Школьные программы, построенные на когнитивном принципе, скучны, назидательны и даже могут спровоцировать нежелательное поведение у подростков.

2) *Образовательная модель* в своей основе сходна с медицинской. Базовый принцип: решение должно быть принято на основе достоверной информации лично подростком. Процесс принятия решений, касающихся здоровья, носит поэтапный характер, где рассматриваются альтернативы поведения, анализируется объективная информация, взвешиваются положительные и отрицательные стороны принятого решения. Иными словами, подросток, принимающий решение, сначала оценивает, что принесет ему данный образ действий, а потом прикидывает, что о нем подумают другие люди, если он будет вести себя именно таким образом. В этой модели больший акцент делается на личностных и социальных аспектах, которые зачастую важнее для индивида, чем риск будущей болезни.

3) *Радикально-политическая модель* является дальнейшим развитием образовательной модели, поскольку включает в себя становление здорового образа жизни. Молодежь имеет такие тенденции в поведении, которые одобряются группой. Молодой человек, решая, какой образ действий ему выбрать, учитывает, сможет ли он придерживаться такого поведения. В этом заключается концепция уверенности в себе. Именно воспитание уверенности в себе лежит в основе данной модели.

4) *Модель самоусиления* возникла при объединении медицинской модели, навыков, вырабатываемых образовательной моделью, с поддержкой здорового образа жизни (радикально-политическая модель). По мнению английских исследователей, эта компилятивная модель заслуживает наибольшего внимания.

ГЕРМАНИЯ

Одним из важных аспектов, способствующих вовлечению подростков в аддиктивное поведение, считаются любопытство и снятие сдерживающих факторов. Профилактика может быть направлена именно на усиление сдерживающих факторов, играющих существенную роль в комплексной конструктивной профилактике. К ним относятся:

- чувство юмора;
- внутренний контроль, целеустремленность;
- важность взаимоотношений, по крайней мере с одним взрослым человеком, помимо родителей (старший друг, учитель и т. д.);
- привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, исключающим употребление алкоголя и наркотиков.

ПОЛЬША

В Польше наибольшее распространение в профилактике и реабилитации наркоманов играет движение «Монар», имеющее достаточно разветвленную сеть учреждений по всей стране. Центры «Монар» заняты поэтапной реабилитацией наркоманов, выбравших для себя путь отказа от наркотиков. Принцип «работа, работа и послушание» реализуется в общине, где действует самоуправление. Сущность реабилитации наркоманов заключается в развитии у них механизмов социальной адаптации, которые обеспечивают им при возвращении в «нормальную» жизнь эффективную социализацию. Кроме регулярных тренингов, сеансов групповой психотерапии, воспитанники активно вовлечены в трудовые процессы: от самых низкоквалифицированных до обучения в университете с выбором будущей специальности. Труд является основным методом социальной терапии, используемой в центре. В центре используется принцип неполного доверия, что является необходимым при работе с наркоманами. Обязанностью воспитанника является рассказать группе о замеченном им нарушении режи-

ма центра, и это воспринимается не как донос и предательство, а как проявление готовности помочь другу, осознание своей ответственности за него.

В «Монаре» работают четыре категории воспитателей. Первую группу составляют дипломированные специалисты в области педагогики, психологии, социологии. Вторая группа — люди с высшим непедагогическим образованием — инженеры, филологи, биологи, медики и т. д. Третья группа — воспитатели со средним и специальным образованием. Четвертая — группа неофитов, которую образуют молодые люди, прошедшие лечение в «Монаре».

«Монар» ведет активную профилактическую работу среди школьников по игровой программе «Спасибо, нет!», целью которой является помощь подросткам безболезненно отказаться от искушения, сформировать отрицательное отношение к вовлечению ровесников и взрослых в употребление табака, алкоголя и йаркотиков. Главное в этих играх — развитие независимости и ответственности. Ребята должны научиться ограничивать сами себя. Негативная информация о вреде сама по себе не ограничивает подростков от аддиктивного поведения, считают польские исследователи.

Большое внимание в «Монаре» уделяется работе с учителями и родителями, которых обучают правилам взаимодействия с подростками с учетом их возрастных особенностей.

АВСТРАЛИЯ

В Австралии, как и во многих странах Запада, профилактика химической зависимости ведется по моделям программ ФЖН.

Работа с детьми начинается уже с 6-7-летнего возраста. Условиями, обеспечивающими эффективное антинаркотическое обучение, считаются следующие: 1) начало обучения в дошкольном возрасте, т. е. до того, как будут усвоены общепринятые традиции употребления табака и алкоголя; 2) должна быть не только негативная профилактика; 3) соответствие программы психологическому возрасту обучаемых детей; 4) строится исходя из определенных жизненных ценностей, которые обязательно доводятся до сведения учеников и их родителей, — самодисциплина, ответственность, честность, уважение к людям, обязанности по отношению к семье, к школе; 5) методология обучения жизненным

навыкам предполагает центрированный на ученике подход и включение в учебный процесс в качестве партнеров родителей; 6) цели обучения — четкие и реалистичные; 7) возможность оценки эффективности программ.

Сама программа представляет собой годовой план занятий, разбитый по урокам на шесть тем. Методология программ ФЖН предполагает обучение детей в процессе их активного взаимодействия: в работу вовлекаются все ученики.

Конкретные методы работы: 1) работа в малых группах; 2) мозговой штурм; 3) групповая дискуссия; 4) ролевая игра; 5) психодрама. Занятия проводятся учителями, имеющими специальную подготовку, или психологами. Оценка эффективности проводится с помощью специального опросника.

Кроме работы с детьми, программа имеет план работы с родителями, предполагающий три занятия, где родители знакомятся с целями и задачами профилактической антинаркотической работы, получают информацию о факторах риска, способствующих возникновению зависимости. Кроме того, родители проводят мозговой штурм на тему «Причины употребления ПАВ детьми», обсуждают роль родителей в формировании здорового образа жизни. Желающих родителей привлекают в качестве помощников в проведении занятий по профилактике. На последнем занятии родители в качестве зрителей оценивают результаты обучения своих детей, закончивших программу антинаркотического обучения.

В целом зарубежный опыт профилактики химической зависимости представляется весьма полезным, т. к. содержит уже готовые программы. После незначительной адаптации некоторые из них могут быть с успехом использоваться в России, поскольку на разработку собственных оригинальных программ уже не остается времени.

Американские исследователи подсчитали, что существует 72 фактора, в той или иной степени способствующих возникновению химической зависимости. Для профилактики большой интерес представляют мотивы, препятствующие развитию зависимости у подростков. Итак, подростки не употребляют ПАВ потому, что:

1. Они боятся (родителей, милиции, учителей, смерти и зависимости).

2. У них есть убеждения, что этого делать не надо (это их выбор).

3. У них есть позитивный пример — уважаемый ровесник или взрослый, разделяющий ценность здорового образа жизни.

Очевидно, что профилактическая работа должна строиться на развитии именно этих антинаркотических мотивов. Причем основное внимание следует уделить формированию антинаркотических убеждений.

Первичную профилактику аддиктивного поведения нужно начинать уже с дошкольного возраста. Ребенок должен уметь правильно оценивать ситуации наркогенного заражения, уметь правильно вести себя в подобных ситуациях.

Многие исследователи показали, что большинство больных, подверженных химической зависимости, имели в перинатальном анамнезе различные осложнения, большинство наркоманов были нежеланными детьми. Большое количество воспитанников детских домов, страдающих химической зависимостью, в числе прочих причин объясняется отягощенным перинатальным периодом и последующей ранней депривацией. В связи с этим в настоящее время специалисты, призванные заниматься профилактикой наркоманий, все больше внимания уделяют перинатальному периоду и ранним этапам развития ребенка.

Важный этап профилактики наркоманий — это школьный возраст. Школа является необходимой средой в определенный период жизни ребенка, и, несмотря на массу недостатков, школы лучше других учреждений открыты для нововведений, обеспечивают постоянство среды учащихся и наилучшим образом ориентированы к проблемам молодежи. Кроме того, в период школьного обучения дети проходят основные стадии развития, когда на организм и психику ребенка наибольшим образом оказывают влияние различные внутренние и внешние факторы, в т. ч. и неблагоприятно влияющие на развитие ребенка, что может стать фактором риска приобщения к ПАВ.

Профилактика химической зависимости в образовательных учреждениях

В настоящее время на основании зарубежного и собственного опыта у нас в стране срочно разрабатываются и внедряются программы продуктивной профилактики для младших, средних и старших школьников. Педагогическая профилактика предполагает

взаимосвязь трех основных педагогических процессов — социализации, самовоспитания и специально организованного педагогического воздействия на личность ребенка — антинаркогенного воспитания (Школа без наркотиков, 2001 г.) Под *антинаркогенным воспитанием* подразумевается формирование у детей и подростков особой личностной структуры — антинаркогенной направленности, предотвращающей обращение к одурманиванию как способу достижения субъективно положительного внутреннего состояния. Антинаркогенное воспитание обеспечивает индивиду возможность реализовать собственную потребность в получении удовольствия за счет социально ценных источников. Педагогическая профилактика рассматривается как особый способ организации социальной среды ребенка, препятствующей наркогенному заражению.

Смысл современного этапа развития борьбы с распространением наркотиков состоит в том, что знания о наркотиках и даже негативное отношение к ним должны быть подкреплены опытом альтернативного наркотизации жизненного пути. Воспитывающая и обучающая технология профилактики может быть эффективной только в случае ее направленности на три ключевые сферы становления личности: когнитивную, аффективную и деятельностно-практическую. Кроме того, работа по профилактике наркоманий должна осуществляется совместно, объединяя усилия психологов, социальных работников, педагогов, медицинских работников и родителей.

Программы профилактики, проводимые в образовательных учреждениях, должны основываться на следующих принципах. *Системность* — учет при построении профилактических программ взаимодействия всех личностных и социальных факторов, как защищающих от возможной наркотизации, так и являющихся факторами риска. *Парциальность* — педагогическая профилактика, рассматриваемая как составная часть общего воспитательного процесса, направленного на формирование установок на самореализацию, самосозидание. *Когнитивная адекватность* — максимальное соответствие форм и методов, используемых в профилактической работе, специфическим особенностям возрастного развития конкретной группы детей. *Проблемная адекватность* — отражение в содержании программ наиболее актуальных для конкретной возрастной группы детей проблем их

социального становления и наиболее типичных механизмов вовлечения в наркотизацию. *Социокультурная адекватность* — отражение в программах свойственных обществу стандартов и норм поведения, закреплённого стиля отношений в семье. *Наркологическая адекватность* — учет в программах особенностей национальной, региональной, локальной наркологической культуры. типичных форм потребления наркотиков, основных механизмов вовлечения в наркотизацию. *Опережающее обучение* основано, на том, что целевая профилактическая работа должна проводиться заблаговременно, предвзяв реальный этап возможного наркогенного заражения, с опорой на механизмы и феномены массового сознания, массовой культуры.

Иными словами, профилактика наркомании будет эффективной если:

- детям и взрослым будет предоставлена объективная информация о наркотиках, их воздействии на человека и последствиях применения;
- поток информации, ее источники будут строиться с учетом возрастных и индивидуальных особенностей человека;
- осознание сущности наркомании будет идти параллельно с формированием устойчиво-негативного личностного отношения к наркотическим веществам; умения общаться с другими правильно организовывать свое время и жизнь, справляться с конфликтами. управлять эмоциями и чувствами;
- человек сможет обрести опыт активного неприятия наркотика — опыт решения своих проблем с отказом от наркотического пути, опыт борьбы с наркотическими увлечениями близких и друзей, а также знание, где и у кого можно получить помощь и поддержку;
- в борьбе с наркотиком ребенок, родители, педагоги, специалисты будут едины.

В самом начале проведения первичной профилактики химической зависимости необходимо выяснить степень информированности о наркотиках у подростков в группе, с которой проводится работа. Для этого можно использовать анкетирование с помощью специальных опросников и скрининг-тестов. Степень информированности подростков можно выявить и в процессе свободной беседы, когда на первом же занятии задается вопрос: «Что вы знаете о наркотиках?».

Для организации эффективной профилактической работы, определения ее содержания и направленности, совершенствования форм и методов необходимо изучить отношение всех слоев населения (дети, подростки, родители и педагоги) к проблеме наркомании.

Взгляды молодежи на злоупотребление психоактивными веществами и его профилактику заслуживают особого внимания. Важным моментом в профилактической работе является выявление группы риска склонных к наркотизации подростков, т. к. в работе с подростками, имеющими различный опыт «встреч» с наркотиками, требуется дифференцированный подход к организации профилактики. Поэтому начальным этапом антинаркотической работы должно стать выявление факторов риска возможной наркотизации детей и подростков.

Изучение отношения несовершеннолетних к психоактивным веществам и выявление групп риска — это чрезвычайно сложная задача. При использовании традиционных методов социологического исследования, таких, как анкетирование или тестирование, многие дети и подростки демонстрируют социально одобряемую позицию.

С целью выявления группы риска может быть использован экспресс-метод, разработанный А. В. Ивановым и С. В. Ивановой. В результате обработки данных мониторинга, проведенного по этому методу, выделяются ряд параметров, по которым можно определять факторы риска: «фактор окружения», «фактор опасения», «фактор личного опыта», а также «фактор отношения», уровень риска, который выявляется по результатам методики семантического дифференциала.

На основании ответов по каждому из факторов можно судить о том, насколько велика вероятность «вхождения» подростка в группу риска, а также делать выводы о направленности профилактической работы.

Риск по «фактору опасения» свидетельствует о необходимости просветительской работы, направленной на развитие знаний о вреде наркотиков для организма человека и их разрушительном воздействии на личность. В этом случае речь идет об организации общей воспитательной работы, основная цель которой — формирование у детей и подростков антинаркотических установок как внутриличностных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни.

Риск по «фактору окружения» указывает на опасную близость к подростку людей, употребляющих наркотики, и в данном случае требуются меры по изменению круга общения подростков, привлечению внимания родителей и педагогов к вопросу организации досуга детей и подростков, имеющих высокий балл риска.

Если к «фактору окружения» присоединяется риск по «фактору отношения», то это и есть группа риска в плане возможного наркопотребления. В данном случае работа с детьми и подростками должна быть направлена на коррекцию и нивелирование личностных деструктов, способных обуславливать приобщение к психоактивным веществам.

Риск по фактору «личного опыта» свидетельствует о необходимости серьезных мер профилактики, а в некоторых случаях и лечения.

Следует отметить, что данный метод можно использовать для исследования в больших группах детей и подростков, он включает в себя опросник, состоящий из десяти вопросов, и методику семантического дифференциала, которые предлагаются для заполнения на специальных бланках. Бланки для регистрации ответов выполнены в простой, удобной форме. На заполнение опросного листа и методики семантического дифференциала в среднем затрачивается 15-20 минут. В инструкции подчеркивается важность личного мнения каждого подростка и необходимость ответов, исходящих из собственных представлений о заданной проблеме, а не из общепринятых установок и пропаганды. Отмечается необходимость независимой оценки, без вариантов совместного обсуждения между участниками обследования.

Метод имеет электронный вариант заполнения и обработки результатов, что дает возможность быстро и эффективно провести исследование и предоставить конкретные рекомендации по организации профилактической работы.

При составлении индивидуального плана работы с ребенком необходимо проводить диагностику личностных особенностей (повышенная тревожность, неустойчивая Я-концепция, некоммуникабельность, повышенный эгоцентризм, низкое восприятие социальной поддержки, стратегия избегания при преодолении стрессовых ситуаций, направленность на поиск ощущений и др.), подростков, оказавшихся в группе риска, а также получить информацию о положении ребенка в семье, о характере семейных

взаимоотношений, о его увлечениях и способностях, о его друзьях и особенностях поведения в школе и учебной деятельности.

Говоря о профилактической работе со школьниками, можно выделить следующие направления: общая воспитательная работа с детьми и подростками; коррекционная работа с детьми и подростками группы риска; работа с детьми и подростками, имеющими опыт использования наркотических веществ.

Основная цель общей воспитательной работы заключается в формировании у детей и подростков антинаркотических установок как внутриличностных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни.

В структуре антинаркотических установок выделяются компоненты: информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компонент. Содержание антинаркотических установок базируется на сведениях о психоактивных веществах, их оценке, особенностях поведения, непосредственно связанных с аспектами наркотизма (данные о негативном воздействии наркотических веществ на физическое, психическое здоровье человека, его социальный статус; отрицательная оценка различных форм наркотизации; поведение в ситуации наркотического заражения, позволяющие избежать пробы психоактивных веществ). Для развития у ребенка антинаркотических установок необходимо личностное осознание им ценности здоровья, важности и необходимости здорового образа жизни; овладение приемами и навыками сохранения и укрепления своего организма. Все это, в свою очередь, требует сформированности у детей представлений о том, ради чего следует прилагать усилия, направленные на поддержание собственного здоровья, и в этом случае речь идет о таких понятиях, как смысл и цель человеческого существования.

В связи с этим становится очевидным, что профилактика зависимости от психоактивных веществ не может ограничиваться только специфической антинаркотической профилактикой, объектом профилактической деятельности должна стать личность ребенка в совокупности всех ее физических и психологических особенностей.

Решение столь сложных воспитательных задач невозможно без выработки у детей правильных морально-этических критериев при оценке своих действий и действий окружающих, регуляции собственных поступков. Для этого дети должны овладеть знаниями в области социальных норм общения, что поможет им

избежать приобщения к ПАВ при возникновении кризисной ситуации в сфере общения.

Реализация этого направления работы предполагает использование активных форм и методов обучения — игры, дискуссии, конкурсы, театрализованные представления, благодаря чему школьник из объекта деятельности взрослых превращается в полноправного участника воспитательного процесса.

В каждой возрастной группе школьников можно выделить конкретные показатели сформированности устойчивости к наркогенному давлению среды — определенный объем сведений об аспектах наркотизма, которыми должен владеть учащийся, умения и навыки поведения в ситуации наркогенного заражения.

Обучение в начальной школе предполагает формирование у школьников общего представления о наркотических веществах — их признаках, свойствах, негативных последствиях наркотизации для физического здоровья и социального статуса человека. Понятие «наркотик» при этом используется в широком толковании, оно служит для обозначения целой группы веществ — алкоголя, никотина, токсикоманических препаратов и собственно наркотиков. Наркотики рассматриваются как одна из групп более крупного таксономического класса — ядовитые вещества. Такой подход обеспечивает формирование у школьников представления об абсолютной опасности всех форм наркотизации, в том числе и легальных — традиционных.

Особая роль отводится занятиям, связанным с освоением навыков избегания приобщения к психоактивным веществам. Основной формой обучения при этом являются ролевые игры: «Умей говорить нет», «Говори нет и сохраняй друзей». Причем отработка поведенческих схем происходит применительно к ситуациям наркогенного заражения, наиболее реальным для младших школьников, — использование алкоголя и курение.

Формирование компонентов личностной устойчивости школьников к наркогенному давлению тесно связано с развитием у них социоадаптивных функций, прежде всего — коммуникативных. Для этого может быть использована программа «Азбука общения».

В начальной школе традиционные дидактические методы малоэффективны, поэтому в профилактической работе целесообразным является использование аффективных методов, смещение акцента на переживания детей для формирования личностных

антинаркогенных установок. Насыщенный эмоциональный фон обучения может быть создан за счет широкого использования игровых форм, применения методов стимулирования творческой активности школьников, таких, как сочинения, спектакли, конкурсы. Динамический характер занятий, обусловленный разнообразием используемых форм и методов, позволяет детям переключаться на множество эмоциональных состояний, а это, в свою очередь развивает их поведенческую лабильность, способствует усложнению личностных форм реагирования на внешние воздействия.

В средней школе общая информированность подростков об аспектах наркотизма расширяется. В этой возрастной группе возможно предоставление информации о свойствах и механизмах действия конкретных наркотиков — алкоголе и марихуане в 5-6-х классах, гашише и кокаине в 7-9-х классах. Такое детализирование необходимо для развенчания популярных в подростковой среде мифов о безопасности некоторых наркотиков и их «полезных» свойствах.

С подростками подробно рассматриваются вопросы о влиянии наркотизации как на человеческий организм, так и на социальный статус человека, при этом анализ должен носить личностный характер, для того чтобы школьники могли «примерить» на себя последствия наркотизации, определить, каким образом наркотизация может изменить их жизненные планы и будущую жизнь в целом. Для этого подросткам можно предложить написать сочинения «Наркотики и мои планы», составить сценарий фильма «Кадры из жизни» и т. п. В 4-5 классе при прогнозировании нужно использовать ближайшие перспективы, в старших классах рассматривать более отдаленный этап жизни.

В подростковом возрасте усложняется поведенческий алгоритм в ситуациях наркогенного заражения, который предлагается освоить школьникам. Здесь нужно использовать схемы активного вмешательства, управления ситуацией. В ходе занятий можно обсуждать возможные ситуации: несчастный случай, причиной которого стал наркотик; предотвращение знакомства близкого человека с наркотиком, помощь человеку, находящемуся в состоянии наркогенного опьянения. Школьникам нужно предоставить адреса организаций, куда они должны обращаться за помощью в подобных случаях.

Большое внимание необходимо уделять обсуждению аспектов альтернативного гедонизма. Школьникам должны демонстрироваться социально одобряемые способы достижения положительного эмоционального состояния; позднее сами учащиеся могут предложить свой вариант социокультурного вытеснения использования психоактивных веществ. Для этого подросткам можно предложить разработать план и провести в школе конкретное мероприятие, позволяющее снять эмоциональное напряжение и отдохнуть с друзьями без обращения к психоактивным веществам.

В ходе обучения необходимо продолжать развитие у школьников механизмов социальной адаптации, при этом надо опираться на такие значимые для подростка ценности, как чувство общности со своей группой, дружба, любовь. Важным моментом в процессе освоения коммуникативных навыков является овладение приемами оказания психологической помощи окружающим и допустимых форм вмешательства в жизнь другого человека.

Профилактическая работа с подростками должна носить насыщенный эмоциональный характер и включать игровые формы занятий. Однако в работе с данной возрастной группой технология используемых игр значительно усложняется, она должна быть связана с проблемно-ситуационным моделированием, основой которого служит творческая активность учащихся.

Наиболее приемлемые формы проведения занятий — это свободная дискуссия, вопросы и ответы. При этом ведущий (педагог, психолог, врач) должен максимально вовлечь подростков в обсуждение проблемы, его задача комментировать высказывания, разоблачать наркотические мифы, не навязывать собственного мнения, а стараться, чтобы подростки сами пришли к нему в результате свободного обсуждения.

Существенную помощь могут оказать тренинги, направленные на развитие навыков поведения в условиях проблемных жизненных ситуаций, воспитание так называемой подростковой коммуникативной компетентности. Эти тренинги помогут выработать чувство уверенности в себе, развить адекватную самооценку, приобрести навыки преодоления трудных жизненных ситуаций. Целесообразно на тренинге проигрывать ситуацию предложения употребления наркотика, в результате чего подростки учатся, не теряя собственного лица в глазах сверстников, находить аргументы для отказа в первой пробе.

В процессе проведения группового занятия необходимо увидеть лидеров группы, выявить их позицию. В случае наличия антинаркотических установок у лидера следует сделать его помощником, воздействовать на группу с его помощью. При нейтральной позиции лидера — постараться как можно быстрее развить эту установку. При наличии нескольких лидеров с разными установками представляется целесообразным вызвать их на соперничество, дискуссию так, чтобы победил лидер, имеющий антинаркотическую установку. Если в группе присутствует единственный лидер, уже вовлеченный в наркопотребление, не поддающийся коррекции, его следует удалить из группы и работать с ним индивидуально с помощью специалиста-нарколога.

Для подростков огромное значение имеет общение со сверстниками. Для них важно не просто быть со сверстниками, но, главное, занимать в подростковой среде удовлетворяющее их положение.

Необходимо через игры, упражнения, тренинги межличностного общения формировать у подростков социальные навыки, быть понятыми и признанными окружающими, на этой основе подростки учатся находить выход из проблемных ситуаций, уметь говорить «нет», отстаивать собственное мнение.

Мода и стиль жизни в огромной степени определяют характер поведения, в том числе и аддиктивного. Конструктивная профилактика должна выработать новый стиль жизни подростков без наркотиков.

В старших классах нужно продолжить подробное знакомство со свойствами различных одурманивающих веществ, однако при этом подбор сведений и информация должны осуществляться самими учащимися, а преподаватель выполнять лишь контролирующую функцию. Школьники могут самостоятельно готовить специальные доклады, выпускать информационные листы, проводить «круглые столы», осуществлять в школе антинаркотический контроль.

При обсуждении вопросов, связанных со свободой личного выбора и права человека самому определять свою судьбу, у подростков формируется убежденность в том, что любая форма использования психоактивных веществ так или иначе нарушает интересы не только самого потребителя, но и окружающих его людей и, следовательно, является незаконной.

При работе со старшеклассниками традиционные формы обучения практически не применяются, занятия строятся в виде свободного обсуждения, равноправной дискуссии.

Продолжается тренировка навыков отказа и навыков пошагового общения в ситуациях наркогенного заражения. На этом этапе подросток должен не только освоить их сам, но и научить этому других. Каждому из участвующих в программе старшеклассников предлагается выбрать одного или нескольких учеников 5-7 классов, с которыми он общается, и познакомить их с алгоритмами поведения, позволяющими избежать приобщения к одурманиванию (так называемое межвозрастное преподавание).

Значительная часть занятий должна отводиться анализу проблемы общения с людьми, использующими наркотические вещества.

В процессе антинаркогенной подготовки несовершеннолетних должны быть задействованы специальные социопсихологические механизмы, обеспечивающие позитивное восприятие детьми формируемых установок. Речь идет о феномене эффективного влияния через героев и атрибуты массовой художественной культуры, что обуславливает интерес, доверие, стремление подражать, принимать желательные позиции.

Следует отметить, что программы, используемые в профилактической работе, должны не только давать подросткам информацию о вреде психоактивных веществ на здоровье и психику человека, но и помогать приобретать опыт в преодолении кризисных ситуаций. Профилактическая программа будет иметь педагогическую значимость в том случае, если она способствует воспитанию культуры поведения, которая является основой развития нравственной культуры личности.

Необходимым условием формирования нравственной культуры личности является способность к рефлексии. Рефлексия — это способность анализировать и оценивать самого себя — свои достоинства и недостатки и т. д.

Наряду с рефлексией, в становлении культуры поведения личности участвует интроспекция, т. е. способность контролировать свои интеллектуальные и эмоциональные состояния. Также важным направлением является развитие эмпатии — способности сочувствовать и сопереживать другим людям, без чего невозможно развитие подлинной нравственности.

Таким образом, в работе со старшими школьниками профилактические программы должны быть направлены, прежде всего, на тренировку, активизацию и развитие основных психологических механизмов, которые участвуют в формировании нравственной культуры личности, — рефлексии, интроспекции и эмпатии.

Следует учитывать, что речь идет не о директивном стиле воспитания подростка, а о сопровождении, когда самостоятельно актуализируется личностный потенциал развития ребенка, его желание изменить ситуацию вокруг себя и себя самого к лучшему.

Не следует забывать, что риск наркотизации во многом зависит от степени эмоциональной насыщенности жизни подростка. Бедность, однообразие эмоциональных переживаний, неумение найти во внешнем мире источник положительных эмоций нередко является причиной приобщения подростка к психоактивным веществам. В связи с этим развитие сферы чувств является непременным условием эффективной психолого-педагогической профилактики.

Особое внимание следует уделять работе с детьми и подростками, имеющими опыт использования наркотических веществ. Работа заключается в предотвращении дальнейшего развития наркотического заражения у несовершеннолетних. Она включает в себя проведение тренингов, направленных на развитие устойчивости к внешнему наркотическому давлению; преодоление внутреннего психофизиологического дискомфорта, связанного с прекращением использования одурманивающих веществ; а в случаях, когда это необходимо, — организацию консультирования несовершеннолетних в подростковых наркологических службах. Одним из направлений такой работы может быть организация в школе специального антинаркотического контроля, исключающего как возможность использования детьми наркотических веществ, так и приобщения к одурманиванию своих сверстников. Сложнейшая проблема, которую необходимо решать учителю в отношении подростка, использующего одурманивающие вещества, — организация его общения в классе, и в данном случае важной задачей специалиста, ведущего профилактическую работу, является вовлечение подростка в жизнь школьного коллектива, создание условий, при которых пребывание в школе будет для него привлекательным.

Основными формами реализации профилактических мероприятий являются психолого-педагогическая диагностика (выявление группы риска в плане приобщения к наркотизации и факторов риска; определение основных причин, обуславливающих трудности социальной адаптации), индивидуальные консультации для учащихся, специальный психолого-педагогический контроль, организация коррекционных тренингов, мастерских и т. п.

Обязательным компонентом профилактики является *подготовка педагогов*. В последнее время разработаны программы подготовки специалистов в системе высшего образования по наркологии (Модель подготовки специалиста..., 2001). Общие задачи такого обучения связаны с развитием у педагогов коммуникативных способностей, ориентированных на позитивное взаимодействие с окружающими; формированием практических навыков психологической защиты; развитием приемов самоанализа и рефлексии, направленных на формирование у них позитивной Я - концепции. Специфические задачи обучения предполагают расширение информированности педагогов о различных аспектах наркотизма, осознание и коррекцию (при необходимости) личностного отношения к психоактивным веществам, освоение основных приемов организации профилактической работы в детском коллективе. При анализе аспектов наркотизма понятие зависимость используется в широком значении, в круг традиционных субъектов зависимости, таких, как лекарства, табак, алкоголь, наркотики, вводятся такие компоненты, как пища, телевизор, компьютер. Поэтому профилактика наркотизма должна рассматриваться педагогами как комплексная проблема, связанная с предупреждением возникновения личностных детерминант отклоняющегося поведения.

Работа с родителями также предполагает реализацию двух групп задач: воспитательных — осознание взрослыми членами семьи важности и необходимости специальной работы с детьми по предупреждению наркогенного заражения и образовательных — освоение основных приемов организации семейной профилактики. Работу с родителями следует разделить на общую и специальную. Общая работа осуществляется за счет организации специальных семинаров, лекций, привлечения взрослых членов семей к процессу антинаркогенной подготовки учащихся и т. п. и ориентирована на все группы родителей. Специальная работа

ориентирована на родителей несовершеннолетних группы риска, а также тех детей и подростков, которые уже имеют опыт использования психоактивных веществ. Она предполагает индивидуальное консультирование взрослых членов семей, помощь в организации их взаимодействия с учреждениями подростковых наркологических служб, совместное осуществление антинаркотического контроля, исключающего возможность использования детьми наркотических веществ, а также привлечение взрослых к участию в психолого-педагогических коррекционных программах.

Реабилитация в наркологии

Реабилитация представляет собой систему государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате работоспособности; на эффективное и раннее возвращение инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду. Концепция реабилитации больных и инвалидов исходила в начале из идей так называемой физической медицины; в дальнейшем она была дополнена положениями психологии, педагогики, социальной гигиены, социологии и других дисциплин. Современное положение реабилитации в наркологии непосредственно сформировалось на основе развития концепции реабилитации психически больных, а также системы «терапевтического воспитания» — прогрессивной функциональной педагогики, направленной на адаптацию и ресоциализацию неприспособленных или проблемных детей.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Реабилитация в наркологии является третичной профилактикой и предусматривает, прежде всего, ресоциализацию наркологических больных. В свое время М. М. Кабанов (1985) выделил четыре основных принципа реабилитации психически больных, которые применимы и к больным наркологического профиля: 1) партнерство врача и больного; 2) разносторонность усилий, воздействий; 3) единство психосоциальных и биологических методов воздействия и 4) их ступенчатость (этапность).

Принцип ступенчатости подразумевает наличие трех этапов реабилитации психически больных: 1) восстановительная терапия; 2) реадaptация и 3) собственно реабилитация (Кабанов, 1985). Основной целью реабилитации наркологических больных является возвращение к жизни в обществе путем отказа от наркотиков, предупреждение рецидивов заболевания, восстановление физического и психического здоровья, а также формирование нормативного личностного и социального статуса.

Можно выделить следующие основные направления и методы, применяемые в реабилитации наркозависимых:

- медицинские (фармакологическая коррекция состояния, противорецидивная медикаментозная терапия, психотерапия и др.);
- психологические (индивидуальное, групповое и семейное психологическое консультирование);
- педагогические (коррекционное обучение, коррекционное воспитание, коррекционное развитие);
- социальные (обучение навыкам социально-бытовой ориентировки, профессиональная подготовка, трудовая терапия, социальное сопровождение, юридическая и правовая поддержка).

Основные организационные формы реабилитации наркологических больных:

- автономные реабилитационные организации с постоянным пребыванием реабилитируемых (реабилитационные стационары, резидентские реабилитационные центры и др.);
- реабилитационные организации с частичным (неполным) пребыванием реабилитируемых (дневные и ночные реабилитационные стационары, дома «на полпути» и др.);
- дискретные и дискретно-концептуальные реабилитационные воздействия специалистов (амбулаторные консультации и сопровождение психологов и психотерапевтов, амбулаторные реабилитационные центры и др.);
- комплексная реабилитационная поддержка (создание реабилитационной среды) в повседневной жизни.

Концепция реабилитации наркологических больных находится в постоянном развитии. Современный этап реабилитации характеризуется разработкой и апробацией различных новых методов. Наиболее устоявшимися системами оказания помощи наркозависимым являются следующие:

- духовно ориентированные программы групповой само- и взаимопомощи, основанные на идеологии движения обществ Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов, «12 шагов» и др. В соответствии с данными системами больному предлагается прекратить бесконечную и бессмысленную борьбу с наркотиками, признать свое бессилие в ней и через это бессилие обрести новую систему значимых личных и групповых ценностей, новую силу;

- программы терапевтических сообществ. Основными принципами деятельности терапевтических сообществ являются: взаимная ответственность, партнерство, доверительность, конфиденциальность. Все члены терапевтического сообщества руководствуются рядом правил, среди которых: неукоснительное соблюдение распорядка дня; обязательность «прозрачности поведения»; самообслуживание; саморегуляция жизнедеятельности, взаимодействия (совместное установление норм проживания, совместное принятие решений о наказаниях и поощрениях и др.); взаимопомощь и взаимоподдержка в реализации общих целей и норм; обязательность выполнения заданий на занятиях в малых терапевтических группах, в ходе арттерапии, трудотерапии, самостоятельной работы; система наставничества; использование приемов поведенческой терапии, включающих градацию статуса пациентов;

- программа «классической» психотерапии и психологического консультирования. В реабилитации наркозависимых используются развивающие методы, основными характеристиками которых являются недирективный, партнерский стиль общения, апелляция к диалогу, пониманию, критическому анализу; максимальное использование эффектов группового и межличностного взаимодействия. Наряду с этим при реабилитации наркозависимых могут использоваться и психотерапевтические методы манипулятивной направленности, характеризующиеся директивным стилем действия специалиста, использованием суггестивных приемов, эмоционального давления. Важным элементом реабилитации наркозависимых является использование психотерапевтических методов, направленных на повышение уровня психофизиологической, эмоциональной и поведенческой саморегуляции.

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками, характеризуется рядом особенностей. При развитии

наркозависимости у них, как правило, стремительно формируется установка на дальнейшую наркотизацию, одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения, прекращается социальный прогресс пациента (уровень образования снижается, затрудняется профессиональная ориентация, способность к овладению специальностью, устанавливаются устойчивые отношения с наркотическим и криминальным окружением, появляются проблемы с законом). Все это определяет необходимость значительных усилий и большую продолжительность реабилитации, когда речь идет о несовершеннолетних.

В реабилитации несовершеннолетних особую роль играет учет возрастных особенностей, что определяет дифференцированный методический подход, в зависимости от конкретного возраста пациента. Из психотерапевтических методов при реабилитации несовершеннолетних приоритетными являются: методы игровой психотерапии: методы психотерапии искусством и литературой (арттерапия, музыкотерапия, драматерапия, библиотерапия, сказкатерапия и др.); методы терапии занятостью и трудом. Важным направлением лечебно-реабилитационного процесса при реабилитации несовершеннолетних являются семейная терапия и семейное консультирование.

Реабилитация несовершеннолетних определяется как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, формирование устойчивой антинаркотической установки личности, ресоциализацию и реинтеграцию в обществе.

Основными принципами реабилитации являются:

- добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях;
- прекращение приема ПАВ. Принципиальным является формирование мотивации пациента на полное прекращение употребления ПАВ, вызывающих болезненную зависимость;
- конфиденциальность. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

- системность реабилитационных мероприятий. Данный принцип обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре;

- этапность реабилитационных мероприятий. Выделяются следующие основные этапы реабилитации: начальный (вхождение в реабилитационную программу), развернутый, завершающий (выход из реабилитационной программы);

- позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Этот принцип обеспечивается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение; созданием атмосферы, обеспечивающей личностный рост и развитие;

- ответственность. В ходе реабилитационного процесса несовершеннолетние становятся все более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений, освобождаются от гиперопеки, берут на себя полную ответственность за полное прекращение употребления ПАВ;

- включение в реабилитацию основных значимых других лиц. Проводится консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и значимых других лиц из социального окружения несовершеннолетних;

- реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды. Предполагает осуществление многосторонней поддержки социально приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни несовершеннолетнего через воздействие на все компоненты жизненной среды;

- дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних. Предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ и включение несовершеннолетнего в ту или иную реабилитационную программу с учетом его реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями;

- социальная и личностная поддержка несовершеннолетних после выписки из реабилитационного учреждения с целью предотвращения срывов и рецидивов злоупотребления ПАВ.

В 2001 году в России была разработана Концепция реабилитации наркозависимости у несовершеннолетних (Дудко и др., 2001). Новая концепция постулирует важнейшую роль образовательной среды в процессе реабилитации наркозависимых, подробно описывает все этапы сложного пути возвращения подростка к нормальной жизни.

В заключение следует еще раз отметить, что только общая кропотливая и повседневная работа разных специалистов, всего общества сможет остановить наркотическую беду, которая пришла в нашу страну. В борьбе с наркозависимостью нет альтернативы — либо нам грозит вырождение как нации, либо мы оставим эту страшную эпидемию. И следует помнить, что времени «на раскачку» уже не осталось.

Литература

1. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. 2-е изд., испр. и доп. — СПб: Невский диалект, 2000. — 239 с.
2. Дудко Т. Н., Валентик Ю. В., Вострокнутов Н. В., Гериш А. А., Котельникова Л. А. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. — М.: Нарконет, 2001. - 68 с.
3. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. 2-е изд. — Л.: Медицина, 1985. - 216 с.
4. Латышев Г. В., Бережная М. А., Речнов Д. Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании: Метод, рекомендации для пед. коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. — М.: Медицина, 1991.
5. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
6. Модель подготовки специалиста по профилактике наркоманий в системе высшего профессионального образования. Учеб. программы / Под. ред. Л. М. Шипицыной. — СПб.: Ин-т спец. педагогики и психологии, 2001. - 216 с.
7. Наркомания: Метод, рекомендации по преодолению наркозависимости / Под. ред. А. Н. Гаранского. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. - 384 с.
8. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под. ред. С. В. Березина и др. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. — 256 с.
9. Спрангер Б. Е. Анализ состояния обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире // Вопр. наркологии. 1994. №1. С. 82-85.
10. Спрангер Б. Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков // Вопр. наркологии. 1993. № 3. С. 48-53.
11. Шабанов П. Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.
12. Школа без наркотиков: Кн. для педагогов и родителей. 2-е изд., изм. и доп. / Под. ред. Л. М. Шипицыной и Е. И. Казаковой. — СПб.: Детство-пресс, 2001. — 176 с.

Приложение 1.

ПРОГРАММА КУРСА «ВОЗРАСТНАЯ НАРКОЛОГИЯ»

Пояснительная записка

Характер курса

Курс наркологии, наряду с другими медицинскими и биологическими дисциплинами, составляет медико-биологическую и клиническую основы психологического образования. Выделение его в отдельную дисциплину обусловлено тем, что в последние годы отмечается существенный рост числа больных, страдающих различными формами алкогольной и наркотической зависимости, а также вовлечением в число злоупотребляющих алкоголем и наркотиками детей и подростков.

Место курса в общей системе подготовки специалистов

Курс может быть рассмотрен в двух основных контекстах системы профессиональной подготовки психологов и педагогов:

во-первых, как удобная сфера для практического осознания студентом реального междисциплинарного взаимодействия *психологии, медицины* (в данном случае это наркология и психопатология), *семейной психологии и психотерапии* и, наконец, — *педагогике* для детей и подростков с эмоциональными расстройствами и аддиктивным поведением;

во-вторых, тематика данного курса является социально значимой и необходимой в буквальном смысле этого слова — распространение именно этих проблем в нашей стране в настоящее время и в обозримом будущем таково, что их придется учитывать в любой сфере психологической и педагогической практики.

Цель и ожидаемый результат обучения

Цель курса — обучить студентов основам теории химической зависимости, показать значимость данной проблематики в настоящее время, различные формы химической зависимости, их воз-

растные особенности. Знания, полученные в ходе освоения курса, создадут основу для проведения работы по профилактике химической зависимости среди несовершеннолетних.

Основные идеи и понятия курса

Основы наркологии дают представление студентам о социальных, психологических и медицинских факторах развития алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, об основах патогенеза разных типов зависимости. Подробно рассматриваются различные формы зависимости, обсуждаются особенности алкоголизма и наркоманий в возрастном аспекте, особенно в детском и подростковом возрасте. При рассмотрении современных методов лечения и реабилитации больных наркологического профиля особое место уделяется роли психологических и психотерапевтических методов воздействия, а также профилактике алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в детской и подростковой среде.

Программа курса состоит из введения, где рассматриваются различные социально-психологические и медицинские аспекты проблемы, а также современные представления о патогенезе различных видов алкогольной и наркотической зависимости, из раздела частной наркологии, посвященного анализу различных форм заболеваний, медицинским и социальным последствиям злоупотребления алкоголем и наркотиками, проблеме созависимости, современным методам лечения, реабилитации и профилактики наркологических больных.

Формы обучения:

- лекции;
- практические занятия;
- анализ конкретных случаев, ситуаций.

Примерное распределение учебных часов

См. табл. П-1.1, стр. 232.

Содержание курса

Введение

Понятие о наркологии как науке. Основные понятия в наркологии: зависимость, злоупотребление, психоактивное вещество (ПАВ), химическая зависимость. Социальные и медицинские

Табл. П-1.1. Примерное распределение учебных часов

№	Наименование темы	Кол-во часов		
		Всег	Л	ПР
1	Введение. Социальные, психологические и медицинские аспекты проблемы алкоголизма, наркоманий и токсикомании	2	2	
2	Современные представления о патогенезе хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании.	2	2	
3	Алкоголизм: классификация, клиника, диагностика	6	4	2
4	Женский алкоголизм. Семейный алкоголизм. Алкогольный синдром плода.	2	2	
5	Алкоголизм и другие нервно-психические расстройства	2	2	
6	Медицинские последствия злоупотребления алкоголем.	2	2	
7	Алкогольные психозы	2	2	
8	Современные методы лечения и реабилитации хронического алкоголизма	2	2	
9	Наркомании и токсикомании: терминология. Синдромология наркоманий	2	2	
9	Формы наркомании и токсикомании	8	4	4
10	Особенности химической зависимости у несовершеннолетних.	4	2	2
11	Психические расстройства при наркоманиях.	2	2	
12	Основные принципы лечения и реабилитации больных наркоманиями и токсикоманиями.	2	2	
13	Социальные последствия химической зависимости.	2	2	
	ИТОГО:	40	32	8

источники алкоголизма, наркоманий и токсикомании. Факторы риска в возникновении химической зависимости. Роль социально-экономических факторов, алкоголизма. Роль психологических факторов. Факторы риска возникновения зависимости у несовершеннолетних. Эпидемиология наркологических заболеваний:

современные тенденции и перспективы. Способы оценки распространения зависимостей.

Современные представления о патогенезе химической зависимости

Головной мозг: анатомия, физиологическая роль отдельных зон и структур. Понятие торможения и возбуждения в нервной системе. Нейрон как основная структурная единица нервной ткани. Понятие о передаче нервного импульса. Синапс и синаптическая передача. Понятие о нейромедиаторе, рецепторе и нейромедиаторной системе. Опиоидная нейромедиаторная система, ее роль в формировании эмоционального состояния человека. Медиаторы опиоидной системы: эндорфины и энкефалины. Взаимосвязь нейромедиаторных систем, понятие о каскадной реакции.

Модель подкрепляющего поведения. Подкрепляющие свойства этанола и других ПАВ. Система «награды» как конечная цель действия ПАВ. Влияние различных ПАВ на нейромедиаторные системы мозга. Понятие толерантности. Роль эндогенной опиоидной системы мозга в развитии патологической зависимости. Устойчивое патологическое состояние мозга как основа поддержания патологической зависимости.

Алкоголизм: классификация, клиника, диагностика

Алкоголизм: терминология и классификация (МКБ-10, Джеллинке, Стрельчука). Формы алкогольного опьянения. Простое алкогольное опьянение: клинические проявления, определение степени. Атипичное алкогольное опьянение. Патологическое опьянение. Особенности алкогольного опьянения у подростков.

Понятие бытового пьянства. Варианты употребления алкоголя: от абстиненции до систематического и привычного пьянства. Критерии перехода бытового пьянства в алкоголизм. Первая стадия алкоголизма. Понятие о психической зависимости к алкоголю. Первичное патологическое влечение к алкоголю (обсессивное), симптом снижения количественного и ситуационного контроля, симптом опережающего тоста, рост толерантности к алкоголю, амнезия опьянения.

Вторая стадия хронического алкоголизма. Понятие о физической зависимости к алкоголю. Компульсивное влечение к алкоголю. Плато толерантности. Изменение картины опьянения.

Абстинентный синдром: биология, клиника. Формы злоупотребления алкоголем: псевдозапой, постоянная и перемежающаяся форма злоупотребления.

Третья стадия хронического алкоголизма. Снижение толерантности к алкоголю, изменение картины опьянения, тотальная алкогольная амнезия, употребление суррогатов. Понятие об истинном запое. Изменения личности при третьей стадии хронического алкоголизма: психопатоподобная деградация, алкогольная деградация с преобладанием эйфории, алкогольная деградация с аспонтанностью.

Механизмы психологической защиты при алкоголизме: игнорирование пьянства, сдвиг акцентов, парциальная перцепция, мотивационная рационализация.

Женский алкоголизм. Семейный алкоголизм. Алкогольный синдром плода

Биологические и социально-психологические факторы, способствующие развитию алкоголизма у женщин. Злокачественность женского алкоголизма.

Психологические механизмы формирования и особенности семейного алкоголизма. Типы взаимоотношений в семьях алкоголиков.

Медицинские последствия злоупотребления алкоголем в период беременности. Алкогольная эмбриопатия и алкогольный синдром плода.

Алкоголизм и другие нервно-психические расстройства

Алкоголизм и другие нервно-психические заболевания (черепно-мозговая травма, психопатии, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, олигофрения, неврозы). Неблагоприятное влияние психопатологической почвы на формирование и динамику алкоголизма.

Медицинские последствия хронического алкоголизма

Поражение пищеварительной системы, сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, центральной и периферической нервной системы, системы крови, дыхательной системы, выделительной системы, половых желез.

Алкогольные психозы

Классификация алкогольных психозов.

Клинические формы и течение: делирии (классический, редуцированный, атипичный, тяжелый), галлюцинозы (острый, подострый, хронический), бредовые психозы (острый алкогольный параноид, алкогольный бред ревности), энцефалопатии (Гайе — Вернике, Корсаковский психоз).

Современные принципы лечения и реабилитации больных с хроническим алкоголизмом

Требования к лечению: непрерывность и длительность, максимальная дифференциация в зависимости от клинических и микросоциальных факторов, комплексность в использовании различных методов, ориентация на полное воздержание от алкоголя. Этапы лечения хронического алкоголизма: 1) начальный (детоксикация); 2) активное противоалкогольное лечение патологического влечения к алкоголю. Условнорефлекторная терапия, сенсibiliзирующая терапия; психотерапия — общая и специальная (суггестивная, рациональная, аутогенная тренировка, коллективная и групповая, аффективная контратрибуция, наркопсихотерапия), терапия психотропными средствами, плацебо терапия; 3) поддерживающее и противорецидивное лечение; 4) реабилитационные мероприятия.

Наркомании и токсикомании: терминология. Синдромология наркоманий

Медицинский, социальный и юридический критерии понятия «наркотическое вещество». Список наркотических препаратов (четыре перечня наркотических средств) в Российской Федерации. Единая конвенция о наркотических средствах от 1961 года, Конвенция о психотропных веществах от 1971 года. Понятие психотропного вещества, стимулятора и допинга. Токсикоманическое (одурманивающее) средство. Привыкание и пристрастие к ПАВ.

Синдромология наркоманий. Наркотическое опьянение. Виды наркотического опьянения. Нарушения психических функций при наркотическом опьянении (расстройства эмоциональной сферы, расстройства мышления, восприятия, памяти, волевых побуждений). Внешние признаки наркотического опьянения.

Изменение реакции организма на наркотики (синдром измененной реактивности): изменение формы потребления (регулярность приема), изменение толерантности (рост), исчезновение

защитных реакций, изменение формы опьянения. Синдром психической зависимости (навязчивое влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в интоксикации). Синдром физической зависимости (непреодолимое влечение к наркотику, способность достижения психического комфорта в интоксикации, абстинентный синдром). Синдром последствий хронической наркотизации. Психические и физические последствия наркомании. Основные причины смерти при наркоманиях. Наркотики и беременность: синдром отмены у новорожденных.

Этапы развития наркомании: первая проба, злоупотребление наркотиком, первая стадия, вторая стадия, третья стадия. Понятие о ремиссии и рецидиве.

Формы наркоманий и токсикоманий

- Классификация наркоманий и токсикоманий (МКБ-10 и отечественная).
- Злоупотребление опиатами (героин, кустарно изготовленные опиаты, наркотические анальгетики и др.).
- Злоупотребление препаратами конопли.
- Злоупотребление кокаином.
- Злоупотребление стимуляторами (наркотическими и не-наркотическими).
- Злоупотребление галлюциногенами. Циклодоловая токсикомания.
- Злоупотребление снотворно-седативными средствами. Злоупотребление противогистаминными и анальгетическими средствами.
- Злоупотребление летучими растворителями.
- Злоупотребление табаком.
- Злоупотребление анаболическими стероидами.
- Полинаркомании, причины возникновения.

Психические расстройства при наркоманиях. Современные принципы лечения и реабилитации вольных с наркоманиями и токсикоманиями.

Общие характеристики интоксикационных психозов. Особенности психозов при отравлении наркотическими, токсикоманическими и лекарственными веществами. Психические нарушения при употреблении наркотиков и наркомании, возникающие на патологической почве.

Основные принципы лечения больных наркоманиями и токсикоманиями. Этапность лечебных мероприятий. Трудности эффективной терапии наркоманий. Особенности реабилитационных мероприятий при наркоманиях и токсикоманиях. Профилактика — основное направление борьбы с химической зависимостью.

Особенности химической зависимости у несовершеннолетних

Понятие об аддиктивном поведении. Варианты аддиктивного поведения. Связь аддиктивного поведения с делинквентностью. Переход аддиктивного поведения в болезнь. Теории приобщения подростков к наркотикам. Значение возрастных социопсихологических особенностей — подростковых поведенческих реакций. Реакция группирования со сверстниками как ведущий социопсихологический фактор. Нарушения взаимоотношений в семье как предрасполагающий фактор.

Акцентуации характера и психопатии как факторы, влияющие на аддиктивное поведение и формирование зависимости. Неустойчивый и гипертимный типы акцентуаций как фактор высокого риска возникновения зависимости. Мотивация аддиктивного поведения у неустойчивых и гипертимных подростков. Особенности аддиктивного поведения при других типах акцентуаций (эпилептоиды, истероиды, шизоиды).

Формы химической зависимости, наиболее характерные для подросткового возраста. Ранняя алкоголизация как нарушение поведения. Типологические особенности ранней алкоголизации. Понятия о групповой и индивидуальной психической зависимости. Особенности раннего (подросткового) алкоголизма. Проблема злокачественности раннего алкоголизма и типологические особенности его формирования: развитие алкоголизма по неустойчивому типу, развитие алкоголизма по эпилептоидному типу. Современные особенности ранней алкоголизации и юношеского алкоголизма: предпочтение легких алкогольных напитков, сглаживание половых различий, сочетанное употребление алкоголя и наркотических веществ. Особенности наркоманий и токсикоманий в подростковом возрасте. Стадийность формирования химической зависимости у несовершеннолетних.

Выявление химической зависимости у несовершеннолетних: наблюдение за особенностями поведения, лабораторное тестирование, выявление групп риска с помощью тестов-опросников.

Социальные последствия химической зависимости. Проблема созависимости

Химическая зависимость как социальная проблема. Снижение трудоспособности, криминогенность, проблемы в семье — главные социальные последствия зависимости. Снижение школьной успеваемости как один из показателей формирующейся зависимости. Факторы, способствующие криминогенности у наркоманов. Делинквентное поведение как вариант криминогенности в подростковом возрасте.

Проблемы в семье, возникающие у больного химической зависимостью (финансовые, эмоциональные, насилие, разлад в семье и изоляция от общества). Распределение ролей в семье зависимого. Пренебрежение родительскими обязанностями и обнищание семьи — результат химической зависимости. Понятие о семьях наркоманов.

Определение созависимости. Понятие о дисфункциональных семьях как базовой среде возникновения созависимости. Клиника созависимости. Возможные пути преодоления созависимости.

Анализ эффективности курса

Итоговый контроль проводится в форме зачета и дает возможность слушателям продемонстрировать свои знания, ответив на два вопроса из списка либо решив один из вариантов тестовых заданий, предложенных ниже:

Вопросы для самостоятельного изучения и зачета по курсу «Возрастная наркология»

1. Роль социально-экономических и психологических факторов при развитии алкоголизма и наркоманий.
2. Эпидемиология наркологических заболеваний.
3. Роль нейромедиаторных систем в формировании химической зависимости.
4. Подкрепляющие свойства этанола и других ПАВ. Роль эндогенной опиоидной системы мозга в развитии патологической зависимости.
5. Алкогольное опьянение: клиника, определение степени. Патологическое опьянение.
6. Бытовое пьянство (классификация, критерии перехода бытового пьянства в алкоголизм).

7. Первая стадия хронического алкоголизма.
8. Вторая стадия хронического алкоголизма.
9. Третья стадия хронического алкоголизма.
10. Механизмы психологической защиты при алкоголизме.
11. Особенности алкоголизма у женщин.
12. Семейный алкоголизм. Алкогольный синдром плода: медицинские последствия.
13. Алкоголизм и другие нервно-психические заболевания. Дипсомания.
14. Медицинские последствия злоупотребления этанолом.
15. Классификация алкогольных психозов.
16. Алкогольный делирий.
17. Алкогольные галлюцинозы, алкогольные бредовые психозы, энцефалопатии.
18. Понятие о современных методах лечения хронического алкоголизма.
19. Медицинский, социальный и юридический критерии понятия «наркотическое вещество». Понятие психотропного и психоактивного вещества, стимулятора и допинга. Привыкание и пристрастие.
20. Основные синдромы при наркоманиях.
21. Этапы развития наркомании.
22. Наркомания вследствие злоупотребления опиатами.
23. Наркомания, вызванная препаратами конопли.
24. Наркомании вследствие злоупотребления стимулирующими средствами (кокаиновая, амфетаминового типа, эфедроновая).
25. Наркомании, вызванные психодизлептиками (галлюциногенами).
26. Токсикомании, вызванные снотворными средствами и успокаивающими средствами.
27. Токсикомании, вызванные стимуляторами. Токсикомании, вызванные летучими и ароматическими веществами.
28. Табакокурение как форма токсикомании. Токсикомании, вызванные анальгетиками, антигистаминными и противопаркинсоническими средствами.
29. Особенности ранней (подростковой) алкоголизации. Понятие аддиктивного поведения.
30. Ранний (подростковый) алкоголизм (группы риска, клиника, современные особенности).

31. Особенности наркоманий и токсикоманий в подростковом возрасте.

32. Химическая зависимость как социальная проблема.

33. Особенности семейных взаимоотношений у больных с химической зависимостью.

34. Психические нарушения при наркоманиях. Основные принципы лечения больных наркоманиями и токсикоманиями.

Тестовые задания по курсу «Возрастная наркология»

Вариант 1

1) Какой фактор является ведущим при формировании химической зависимости у подростков?

- а) наследственность
- б) желание быть как все
- в) ранний опыт употребления алкоголя
- г) воспитание по типу гиперопеки

2) Какие системы мозга играют ведущую роль в формировании зависимости от ПАВ?

- а) серотонинэргическая
- б) дофаминэргическая
- в) опиатная
- г) все системы

3) Критерием перехода бытового пьянства в алкоголизм является:

- а) систематическое употребление высоких доз алкоголя
- б) патологическое влечение к алкоголю
- в) амнезии в период опьянения
- г) плохое самочувствие утром после приема алкоголя

4) Признаками второй стадии хронического алкоголизма не является:

- а) психическая зависимость
- б) физическая зависимость
- в) рост толерантности
- г) запои

5) Психозом, возникающим исключительно в третьей стадии алкоголизма, является:

- а) алкогольный галлюциноз
- б) алкогольный бред ревности

- г) алкогольный параноид
 - д) Корсаковский психоз
- 6) Химическая зависимость у подростков крайне редко формируется при:
- а) истероидной акцентуации
 - б) психастенической акцентуации
 - г) шизоидной акцентуации
 - д) гипертимной акцентуации
- 7) Внутривенное употребление героина обычно вызывает зависимость к нему после:
- а) 8-10 инъекций
 - б) 4-6 инъекций
 - в) 1-2 инъекций
 - г) месяца регулярного употребления
- 8) К стимуляторам ЦНС не относится:
- а) кокаин
 - б) первитин
 - в) фенциклидин
 - г) кофеин
- 9) Для детского и подросткового возраста характерно злоупотребление:
- а) героином
 - б) летучими ароматическими соединениями
 - в) кокаином
 - г) алкоголем
- 10) К социальными последствиями химической зависимости не относится:
- а) рост душевных заболеваний
 - б) криминогенность
 - в) снижение работоспособности
 - г) обнищание и распад семьи

В а р и а н т 2

- 1) Существенный рост опиатной наркомании отмечается в:
- а) США
 - б) России

- в) Иране
- г) Африке

2) Одним из основных проявлений аддиктивного поведения является:

- а) физическая зависимость
- б) выраженный рост толерантности
- в) групповая психическая зависимость
- г) асоциальное поведение

3) Психозы возникают при хроническом алкоголизме в:

- а) первой стадии
- б) всех стадиях
- в) второй стадии
- г) второй и третьей стадиях

4) Самым частым осложнением хронического алкоголизма является:

- а) гастрит
- б) цирроз печени
- в) инфаркт миокарда
- г) полиневропатия

5) Ранняя алкоголизация — это:

- а) употребление спиртного в утренние часы
- б) знакомство со спиртным до 15 лет
- в) наличие признаков алкоголизма в возрасте до 18 лет
- г) знакомство со спиртным до 18 лет

6) Кокаин производится преимущественно в:

- а) Колумбии
- б) Юго-Восточной Азии
- г) России
- д) Афганистане

7) При внутривенном употреблении эфедрона зависимость может сформироваться после:

- а) 4-6 инъекций
- б) 10-12 инъекций
- в) первой инъекции
- г) двух недель регулярного употребления

8) Абстинентный синдром не отмечается при:

- а) злоупотреблении кокаином
- б) злоупотреблении коноплей
- в) злоупотреблении барбитуратами
- г) злоупотреблении героином

9) Признаком наркотического опьянения при употреблении героина является:

- а) широкий зрачок
- б) потливость
- в) узкий зрачок
- г) повышенный аппетит

10) Косвенным признаком начала употребления подростком наркотиков является:

- а) пропажа вещей из дома
- б) повышенный интерес к противоположному полу
- в) негативизм в отношении родителей
- г) необычные увлечения, хобби

Рекомендуемая литература

Основная

1. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. Г В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
2. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Невский диалект, 2000. — 239 с.
3. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 214 с.
4. Егоров А. Ю. Основы наркологии: Учеб. пособие. — СПб.: ИСПИП, 2000. - 46 с.
5. Лекции по наркологии. 2-е изд./ Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. - 448 с.
6. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991. - 304 с.
7. Наркомания: Метод, рекомендации по преодолению наркозависимости / Под. ред. А. Н. Гаранского. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. - 384 с.
8. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей..— М.: Медицина, 1994. — 544 с.

9. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина и др. — М: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2000. — 256 с.
10. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
11. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб.: Лань, 2000. — 368 с.
12. Школа без наркотиков: Кн. для педагогов и родителей. 2-е изд., изм., доп. / Под ред. Л. М. Шипицыной и Е. И. Казаковой. — СПб!: Детство-пресс, 2001. — 176 с.
13. Наркология / Ред. Л. С. Фридман и др. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, "1998. — 318 с.

Дополнительная

1. Бехтель Э. Е. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Т. 84, № 2. С. 244-249.
2. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психо-фармакологические и медико-правовые аспекты токсикомании. — М.: Медицина, 1988. - 288 с.
3. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев: Сфера, 1997. Т. 2. - 435 с.
4. Ерышев О. Ф, Рыбакова Т. Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. — СПб.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1996. - 190 с.
- 5. Крупицкий Е. М., Гриненко А. Я. Стабилизация ремиссий при алкоголизме. — СПб.: Гиппократ, 1996. — 98 с.
6. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
7. Личко А. Е., Лавкай И. Ю. Метод раннего выявления подростков и юношей с высоким риском алкоголизации в целях первичной профилактики алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии. 1987. Т. 87, № 2. С. 247-249.
8. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. — 332 с.
9. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. Т. 2. - 784 с.
10. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Ранний алкоголизм. Архангельск: АГМА, 1999. - 306 с.

Приложение 2.

ГЛОССАРИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Абстиненция (от латинского слова *abs* — из-за и *teneo* — держаться) — воздержание от употребления наркотиков или алкогольных напитков, будь то по принципиальным соображениям или по другим причинам. Термин «абстиненция» не следует путать с «абстинентным состоянием».

Абстинентное состояние (синдром отмены) — резкое ухудшение самочувствия, вызванное прекращением приема или уменьшением употребления психоактивного вещества, которое принималось многократно, обычно в течение длительного времени и в больших дозах. Основной признак физической зависимости от ПАВ.

Агонист — фармакологическое вещество, потенцирующее эффект другого вещества.

Аддиктивное поведение — употребление подростками ПАВ на этапе, предшествующем возникновению зависимости от них (В. Миллер, 1984). Стремление к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния (Короленко, 1991).

Аверсивная терапия — терапия, которая подавляет патологическое влечение к приему ПАВ путем ассоциирования его с болезненными или неприятными переживаниями. Термин относится к любой разновидности лечения алкогольной или наркотической зависимости, в основе которого лежит создание условнорефлективного отвращения при виде, запахе, вкусе и мысли об алкоголе или наркотике.

Адаптация — приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде. Различают адаптацию психологическую, под которой понимают приспособление

психической деятельности человека к условиям окружающей среды; социальную — приспособление человека к определенным формам социальной деятельности.

Акцентуированные личности — понятие и термин, введенные немецким психиатром К. Леонгардом в 1964 году: различные, еще не ставшие патологией особенности характера, являющиеся предрасположенностью к неврозам и психопатиям. При правильном воспитании акцентуации характера могут нивелироваться. Ошибки воспитания способствуют переходу акцентуаций в психопатии.

Алкоголизм — термин обычно применяется по отношению к хроническому постоянному пьянству или периодическому потреблению алкоголя, которое характеризуется нарушением контроля над количеством выпитого, частыми эпизодами опьянения, сужением интересов на алкоголе и употреблением алкоголя, несмотря на неблагоприятные последствия.

Алкогольная деменция — хроническое прогрессирующее расстройство, возникающее в результате длительного употребления алкоголя и характеризующееся нарушением высших кортикальных функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, речь и суждение. Нарушение познавательных функций обычно сопровождается нарушениями контроля эмоций, поведения или мотивации поступков.

Алкогольный бред ревности — форма хронического, вызванного алкоголем психоза, характеризующаяся бредовыми идеями неверности супруги или сексуального партнера.

Алкогольный синдром у плода (АСП) — вариант замедленного роста и развития, как психического, так и физического, с дефектами черепа, лица, конечностей и сердечно-сосудистой системы, обнаруживаемых у некоторых детей, матери которых потребляют алкоголь во время беременности в количестве, которое можно классифицировать как опасное. Наиболее типичными аномалиями являются следующие: микроцефалия, задержка в развитии и умственная отсталость, укороченные глазные щели, короткий вздернутый нос с проваленной переносицей, тонкая верхняя губа, аномальные складки на ладони, пороки сердца, ложные суставы и т. д.

Амнезия — нарушение памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее полученные знания.

Анозогнозия (от лат. а — отрицание, nosos — болезнь, gnosīs — восприятие) — отрицание наличия у себя заболевания. В результате действия механизмов психологической защиты у больных с химической зависимостью осознание своего заболевания, как правило, отсутствует.

Анонимные алкоголики — см. группа взаимопомощи.

Анонимные наркоманы — см. группа взаимопомощи.

Антагонист — фармакологическое вещество, которое противодействует эффектам другого вещества.

Арттерапия — терапия средствами искусства; основывается на том, что внутренние переживания, трудности, конфликты человека имеют представительство на образном, символическом уровне и могут получить выражение в искусстве.

Астения — психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, нарушениями сна.

Аффект — сильное и относительно кратковременное нервно-психическое возбуждение (ярость, ужас, гнев), сопровождающееся нарушением самоконтроля, напряженной мимикой и жестикulyацией.

Аутогенная тренировка — психотерапевтический метод лечения, предполагающий обучение пациентов мышечной релаксации, самовнушению, развитию концентрации внимания и силы представления, умению контролировать произвольную умственную активность, с целью повышения эффективности значимой для субъекта деятельности.

Барьер общения — психологические трудности, возникающие в процессе общения, служащие причиной конфликтов или препятствующие взаимопониманию и взаимодействию.

Белая горячка — синдром отмены с делирием — острое психотическое состояние, возникающее в период похмелья у зависимых от алкоголя лиц и характеризующееся спутанностью сознания, дезориентировкой, расстройствами восприятий (иллюзий, галлюцинаций), раздражительностью, рассеянностью, тремором, потливостью, учащением сердечных сокращений, повышением артериального давления, тахикардией, гипертензией.

Библиотерапия — метод воздействия на человека, его чувства путем чтения книг.

Валеология — отрасль науки, имеющая своей целью исследование системы факторов и условий, способствующих укреплению здоровья детей, педагогов и их родителей.

Внушение — воздействие на психику человека, при котором путем преимущественно неосознаваемой психической активности создается установка на функциональное развертывание ее резервов. Внушение проводят как на фоне ясного, так и измененного состояния сознания (гипноз, психотропное воздействие и т. д.).

Воздействие педагогическое — влияние педагога на сознание, волю, эмоции воспитуемых, на организацию их жизни и деятельности в интересах формирования у них требуемых качеств и обеспечения успешного достижения заданных целей.

Возрастной подход — учет и использование закономерностей развития личности (физических, психологических, социальных), а также социально-психологических особенностей групп воспитуемых, обусловленных их возрастным составом.

Воспитательные отношения — разновидность отношений между людьми, возникающая в воспитательном взаимодействии, направленная на духовное, нравственное и т. п. развитие и совершенствование.

Галлюцинации — восприятие без объекта. Расстройства восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов.

Гештальттерапия — система методов и процедур психотерапевтического воздействия на человека, основанных на теории гештальтпсихологии. Главный принцип — безусловное принятие человеком себя, других людей и всего остального мира таким, какие они есть.

Группа риска наркотизации — группа несовершеннолетних и молодежи, выделенная на основании определенного набора социально-демографических, личностных, психологических и соматофизических признаков, характеризующаяся большей склонностью к злоупотреблению наркотиками и иными психоактивными веществами. Группа риска является самостоятельным объектом профилактики. К ней относятся дети и молодые люди:

- лишенные родительского попечения, ведущие безнадзорный образ жизни, не имеющие постоянного места жительства;
- экспериментировавшие с первыми пробами различных психоактивных веществ;

- имеющие проблемы в развитии и поведении, обусловленные нервно-психической неустойчивостью или сопутствующими психическими отклонениями

- имеющие в своем окружении злоупотребляющих ПАВ.

Группа взаимопомощи — группа, члены которой поддерживают друг друга в выздоровлении или в ремиссии от алкогольной или другой наркотической зависимости либо оберегают друг друга от воздействия чьей-либо зависимости, причем без профессиональной терапии или руководства. Среди групп для преодоления зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ выделяются Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы и Ал-Анон (для членов семей алкоголиков и наркоманов), которые входят в ряд двенадцатишаговых групп, основанных на недоминирующем духовном подходе. Некоторые дома выздоровления или дома на полпути, а также терапевтические общины для лиц с зависимостью от психоактивных веществ можно рассматривать как Группу самопомощи — более употребительный термин, но Группа взаимопомощи точнее выражает упор на взаимную помощь и поддержку.

Группа самопомощи — термин, относящийся к двум видам терапевтических групп, но чаще всего применяется в отношении того, что точнее называется Группой взаимопомощи. Он также относится к группам, которые учат назывательному, поведенческому и другим методам самоуправления.

Дезадаптация — психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социопсихологического или психофизиологического статуса человека новой социальной ситуации.

Деловая игра — метод имитации ситуаций, моделирующих профессиональную или иную деятельность путем игры по заданным правилам.

Деморализация — моральное разложение духа, утрата нравственных критериев, упадок духа, дисциплины.

Депрессия — патологическое психическое состояние, характеризующееся пониженным настроением, снижением умственной и двигательной активности. Может сопровождаться пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающем мире, суицидными мыслями.

Дисфория — патологическое расстройство настроения с преобладанием мрачности, угрюмости, раздражительности, агрессивности и аутоагрессивности; Состояние тоскливой злобы.

Диагноз педагогический — определение характера и объема способностей учащихся, затруднений, испытываемых ими в учебе, отклонений в поведении.

Диагностические тесты на наличие психоактивных веществ — медицинское изделие в виде бумажных полосок для иммунохроматографического выявления в моче испытуемого психоактивных веществ (морфин, героин, метадон, экстази, марихуана, кокаин, амфетамины и др.). Используются монотесты и мультитесты, последние применяются для диагностики нескольких психоактивных веществ.

Двенадцатиступенчатая группа — группа взаимопомощи, организованная по двенадцатиступенчатой программе Анонимных Алкоголиков (АА) или ей подобной. Программа АА исходит из признания того, что человек не властен над своим пьянством и над своей жизнью из-за пьянства и вверяет свою жизнь «высшей власти», пересматривая нравственные ценности, исправляя ошибки прошлого и помогая другим алкоголикам. Выздоровливающий алкоголик «на программе» никогда не должен пить опять. АА организована на условиях «двенадцати традиций», включая анонимность, независимость от политических убеждений и иерархическую организационную структуру.

Дом на полпути (дом выздоровления) — место проживания, которое функционирует как промежуточная стадия между программой лечения в стационаре или по месту жительства и полностью независимым проживанием в общине. Термин означает пристанище для индивидов с зависимостью от алкоголя или наркотических средств, пытающихся сохранить свою трезвость или воздержание от наркотиков.

Зависимость психическая — необходимость повторного приема ПАВ для обретения состояния психического комфорта. Характеризуется навязчивым (обсессивным) типом влечения.

Зависимость физическая — необходимость повторного приема ПАВ для обретения состояния физического комфорта. В отсутствие приема ПАВ развивается *абстинентное состояние*. Характеризуется насильственным (компульсивным) типом влечения.

Задача педагогическая — осмысление сложившейся педагогической ситуации и принятия на этой основе решений и плана действий.

Защита психологическая — неосознаваемые психические процессы, направленные на поддержание у человека высокой оцен-

ки и создание внутреннего психологического комфорта, на устранение или снижение чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта.

Злоупотребление психоактивными веществами — неоднократное употребление психоактивных веществ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

Зона ближайшего развития — расхождение между уровнем актуального развития и уровнем потенциального развития, которые ребенок способен достигнуть под руководством взрослых и в сотрудничестве со сверстниками.

Иллюзии — искаженное восприятие реально существующего объекта.

Инфантилизм — сохранение в психике и поведении взрослого черт и особенностей, присущих детскому возрасту.

Инттоксикация — отравление организма человека ядовитыми веществами, в том числе ПАВ.

Конвенции международные по лекарственным средствам — международные договоры, касающиеся контроля производства и распространения психоактивных лекарственных средств. Ранние договоры (Генеральный Брюссельский акт 1889-1890 гг. и Сен-Жерменская конвенция 1912 г.) контролировали оборот алкогольных напитков в Африке в колониальную эру. Первым договором, регулирующим оборот наркотических веществ, была Гагская конвенция 1912 г. Ее положения, а также положения последующих соглашений закреплены в Единой конвенции по наркотикам (1961 г.), с поправками, внесенными Протоколом 1972 г. Затем были заключены Конвенции 1971 г. по психотропным веществам и Конвенция 1988 г. против незаконного оборота наркотических лекарственных препаратов и психотропных веществ.

Медицинская модель профилактики — основанная на информационно-лекционном методе совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических (наркологических) учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о негативном воздействии наркотических и других психоактивных веществ на физическое и психическое здоровье человека, а также гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий наркомании — заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.

Мониторинг наркотической ситуации — повторяющиеся с установленной регулярностью на основе выбранной системы регистрации учет и оценка показателей развития наркотической ситуации (распространенность наркотиков и иных психоактивных веществ, частота случаев злоупотребления и состояний зависимости, вредных последствий злоупотребления психоактивными веществами, отношение отдельных лиц и групп к наркотикам и наркотической ситуации). Объектом мониторинга может быть группа несовершеннолетних или молодежи, система учреждений, отдельный регион. Мониторинг может быть частичным, отражающим социологические и психологические показатели, и полным, включающим оценку факторов, улучшающих или ухудшающих наркотическую ситуацию, и социальных структур, предупреждающих развитие наркомании.

Наркотики — психоактивные вещества, включенные в официальные списки наркотических средств и психотропных веществ.

Наркомания — повторное использование психоактивного вещества или веществ в таких количествах, что потребитель (называемый наркоманом) периодически или постоянно находится в состоянии интоксикации, имеет навязчивое стремление принять предпочитаемое вещество (или вещества), с большим трудом добровольно прекращает употребление психоактивных веществ или изменяет его характер, а также проявляет решимость добыть психоактивные вещества почти любыми средствами.

Нарушенный контроль (утрата контроля) — потеря способности изменять количество и частоту приема ПАВ. Кроме того, неспособность прекратить прием ПАВ, действие которого однажды было испытано. В случае алкоголизма — неспособность остановиться после приема первых доз спиртного.

Образовательная модель профилактики — основанная на воспитательно-педагогических методах деятельности специалистов образовательных учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.

Образовательная модель — образовательная система, включающая в себя общие цели и содержание образования, проектирование учебных планов и программ, частные цели руководства деятельностью обучаемых, модели группирования учеников, методы контроля и отчетность, способы оценки процесса обучения.

Образовательной системы внешняя среда — совокупность разнородных природно-климатических, демографических, экологических, социально-экономических, политических факторов, оказывающих влияние на внутренние характеристики образовательной системы того или иного региона.

Образовательные программы — документы, определяющие содержание образования определенного уровня и направленности, включающие общеобразовательные и профессиональные программы.

Палимпсест — неспособность воспроизвести отдельные события и детали своего поведения, бывшие накануне в состоянии опьянения, на высоте его развития.

Парный (двойной, смешанный) диагноз — общий термин, указывающий на наличие у одного и того же индивида сопряженного заболевания или одновременного проявления расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества, и другого психиатрического расстройства.

Полинаркомания — наркомания с одновременным или попеременным употреблением двух или более ПАВ.

Потребители наркотиков — лица, приобретающие или хранящие наркотические средства с целью личного потребления.

Профилактика злоупотребления ПАВ — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления ПАВ (безнадзорность, беспризорность, преступность, рост случаев ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемых половым путем, и т. д.)

- Первичная профилактика злоупотребления (ПАВ) — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость.

- Вторичная профилактика злоупотребления (ПАВ) — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнение наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих психоактивные вещества, но не обнаруживающих признаков болезни.

• Третичная профилактика злоупотребления (ПАВ) — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, т. е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, токсикомания и алкоголизм) и возвращению его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Психоактивные вещества (ПАВ) — химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся наркотики, алкоголь, никотин и другие средства.

Психосоциальная модель профилактики — совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ, а также на развитие психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

Реабилитация — в области употребления веществ — процесс, с помощью которого индивид с расстройством вследствие употребления вещества обретает оптимальное состояние здоровья, психологическое и социальное благополучие. Реабилитация обычно следует за первоначальной фазой лечения. Она охватывает разнообразные подходы, включая групповую терапию, специальные формы поведенческой терапии для предотвращения рецидива, вовлечение в группу взаимопомощи, проживание в терапевтической общине или доме на полпути, обучение профессии и трудовую деятельность. Ожидается социальная реинтеграция в более широкое сообщество.

Реабилитационный потенциал — прогностическая оценка потенциальных возможностей наркологического больного к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, социальном статусе, особенностях психологического развития, а также тяжести наркологического заболевания. В практическом отношении — это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива.

Ремиссия — состояние воздержания от употребления ПАВ, при котором существенно снижаются проявления психической зависимости. В отличие от выздоровления может закончиться *рецидивом* в случае возобновления влечения к ПАВ.

Рецидив — возврат к пьянству или употреблению других ПАВ после периода воздержания, часто сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости.

Роль социальная — социальная функция личности; соответствующий принятым нормам способ поведения людей в зависимости от их статуса и положения в обществе, в системе межличностных отношений.

Роль половая — система предписаний мужского или женского поведения, которую личность должна усвоить и которой должна соответствовать. Формируется в процессе воспитания и социализации.

Синдром зависимости — комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который может развиваться после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять наркотическое вещество; нарушение контроля над его употреблением; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления психоактивного вещества в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; повышенную толерантность; состояние отмены, если потребление наркотического вещества прекратилось.

Снижение спроса — общий термин, который используется для описания политики или программ, направленных на уменьшение спроса потребителя на психоактивные вещества. Он применяется прежде всего к запрещенным наркотическим средствам, особенно в связи со стратегией воспитательного, лечебного и реабилитационного характера, в противовес стратегиям правоохранительных органов, цель которых — запретить производство и распространение наркотических средств.

Созависимый — родственник, близкий друг или коллега лица, страдающего зависимостью от алкоголя или наркотика. Имеет серьезные психологические проблемы, стремится контролировать действия зависимого. Поведение созависимого может быть причиной рецидива.

Специальное образование — сложившаяся, наряду с массовым образованием, дифференцированная система специальных

образовательных учреждений, представленная восемью типами школ (для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, детей с нарушением интеллекта, речи, опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития). Все специальные школы, за исключением вспомогательных (для детей с нарушением интеллекта), дают выпускникам цензовое образование, сопоставимое с определенной ступенью образования. Кроме этого, в соответствии с концепцией интегрированного образования, в массовых школах возможно создание специальных классов для детей с нарушением интеллекта, для детей с задержкой психического развития (классы выравнивания или коррекции), для детей группы риска — с трудностями в обучении, поведении, с ослабленным здоровьем (классы компенсирующего обучения, педагогической поддержки, адаптации, здоровья и т. д.). Важную роль в системе специального образования играют центры психолого-педагогического медико-социального сопровождения (ППМС-центры).

Стратегия сдерживания — государственная политика, направленная на предупреждение (сдерживание) незаконного распространения и роста злоупотребления психоактивными веществами, а также снижение масштабов медико-социальных последствий злоупотребления психоактивными веществами.

Терапевтическая община — структурированная среда, в которой лица с расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ проживают с целью достижения реабилитации. Терапевтические общины характеризуются поддержкой в выздоровлении со стороны персонала и сотоварищей.

Токсикомания — зависимость, возникающая в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенными в официальный список наркотических средств.

Толерантность — снижение реакции на воздействие дозы наркотического вещества, появляющееся при длительном употреблении. Требуется увеличение дозы алкоголя или других психоактивных веществ для достижения эффекта, первоначально возникавшего после меньших доз.

Тренинг — форма интерактивного обучения, целью которого является развитие межличностного и профессионального поведения в обществе.

Центр реабилитации детей и молодежи с наркозависимостью — учреждение, осуществляющее комплекс педагогических, медико-

психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление психического и социального статуса детей и молодежи, страдающих зависимостью от психоактивных веществ.

Эксперимент педагогический — научно поставленный опыт в области учебной и воспитательной работы с целью поиска новых способов решения педагогической проблемы.

Эйфория — повышенное настроение с ощущением полного физического и психического комфорта.

Я-концепция — система представлений человека о самом себе, на основе которой он строит свое взаимодействие с другими людьми и относится к себе.

Ятрогении — неблагоприятные последствия влияния врача (и психолога) на психику больного. Они представляют собой частный случай психогений. В более узком смысле слова ятрогениями следует называть неблагоприятные изменения психики больного в результате воздействия на больного словом. Их отличают от *ятропатий*, которыми называют отрицательные последствия для больного неправильных действий и поведения, а также назначений, нанесших вред больному.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александер Д. А. (Alexander D. A.) Гипноз и вредные привычки // Гипнотерапия. СПб., 2001. С. 118-148.
2. Альтшулер В. Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М., 1999. Т. 2. С. 250-338.
3. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. М., 2000. С. 116-134.
4. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
5. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. М., 2000. С. 16-40.
6. Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. М., 1988. Т. 2. С. 169-218.
7. Бабаян Э. А., Ганопольский М. Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. - 336 с.
8. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Невский диалект, 1998. — 239 с.
9. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
10. Бехтель Э. Е. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Т. 84, № 2. С. 244-249.
11. Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. — 2-е изд., изм. и доп. — Л.: Наука, 1988. — 223 с.
12. Битенский В.С., Херсонский Б. Г, Дворяк С. В. и др. Наркомания у подростков. — Киев: Здоров'я, 1989. — 216 с.
13. Братусь Б. С, Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М.: Изд-во МГХ 1984. — 146 с.
14. Бурдакова Е. С, Геллер Н. А. Служба телефонной экстренной психологической помощи в профилактике и лечении наркомании // Сб. тез. 1-й Всемир. конф. по позитивной психотерапии. СПб.. 1997. С. 58.

15. Ваисов С. Б. Восприятие матери подростками, страдающими героиновой наркоманией // Сб материалов науч.-практ. конф. / Под ред. И. В. Добрякова. СПб., 2000. С. 109-110.

16. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психо-фармакологические и медико-правовые аспекты токсикомании. — М.: Медицина, 1988. - 288 с.

17. Гельдер М, Гэт Д., Мейо R Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев: Сфера, 1997 - Т. 2. - 435 с.

18. Городнова М. Ю. Психопатологические особенности матерей наркозависимых подростков // Сб. материалов науч.-практ. конф. / Под ред. И. В. Добрякова. СПб., 2000. С. 107-109.

19. Гузиков Б. М., Вдовиченко А. А., Иванов Н. Я. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими токсическими веществами // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1993. № 1. С. 73-75.

20. Дроздов А. И. Опыт лечения методом стрессовой терапии по А. Р. Довженко // Вестн. гипнологии и психотерапии. 1991. № 1. С. 15 — 16.

21. Дудко Т. Н., Валентик Ю. В., Вострокнутов Н. В., Ёриш А. А., Котельникова Л. А. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. — М.: Нарконет, 2001. - 68 с.

22. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 214 с.

23. Егоров А. Ю. Основы наркологии: Учеб. пособие. — СПб.: ИСПИП, 2000. - 46 с.

24. Егоров А. Ю. Современные особенности раннего алкоголизма // www.medline.ru. Март 2001. Т. 2. С. 47-49.

25. Егоров В. Ф., Зайченко Н. М., Кошкина Е. А. и др. Наркологическая помощь населению Российской Федерации. — М.: НИИ наркологии МЗ России. 1998. - 126 с.

26. Егоров В. Ф., Кошкина Г. А., Корчагина Г. А., Шамота А. З. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной медицинской статистики за 1996) // Рус. мед. журн. 1998. Т. 6, № 2. С. 109-114.

27. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. — СПб.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1996. - 190 с.

28. Жислин СП Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. - 320 с.

29. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1988. — 195 с.

30. Зверев В. Ф. Некоторые клинические аспекты метода А. Р Довженко // Вестн. гипнологии и психотерапии. 1991. №1. С. 14-15.

31. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В. Современное состояние проблемы наркоманий // Журн. невропатологии и психиатрии. 1997. Т. 97, № 9. С. 4-10.
32. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Клинические особенности постабстинентных нарушений при героиновой наркомании и некоторые подходы к их лечению // Журн. невропатологии и психиатрии. 1999. Т. 99, № 9. С. 28-33.
33. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. — СПб.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1992. - 38 с.
34. Исаев Д. Д., Журавлев И. И., Дементьев В. В., Озерский С. Д. Типологические модели поведения подростков с различными формами аддиктивного поведения. — СПб.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1997 — 16 с.
35. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — 2-е. изд. — Л.: Медицина, 1985. - 216 с.
36. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.
37. Кесельман Л. Е., Мацкевич М. Г Социальное пространство наркотизма. — СПб.: Мед. пресса, 2001. — 272 с.
38. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 1991. № 1. С. 8-15.
39. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
40. Крупицкий Е. М., Гриненко А. Я. Стабилизация ремиссий при алкоголизме. — СПб.: Гиппократ, 1996. — 98 с.
41. Латышев Г В., Бережная М. А., Речнов Д. Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании: Метод, рекомендации для пед. коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. — М.: Медицина, 1991.
42. Лекции по наркологии. — 2-е изд. Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолитдж, 2000. - 448 с.
43. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Киев: Выща шк., 1989. - 375 с.
44. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1983. — 255 с.
45. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
46. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
47. Личко А. Е., Лавкам И. Ю. Метод раннего выявления подростков и юношей с высоким риском алкоголизации в целях первичной профилактики алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии. 1987. Т. 87, № 2. С. 247-249.

48. Лобзин В. С, Решетников М. М. Аутогенная тренировка: (Справоч. пособие для врачей). — Л.: Медицина, 1986. — 280 с.
49. Лукомский И. И. Алкоголизм и алкогольные психозы. — М.: Медицина, 1963. — 451 с.
50. Лукомский И. И. Лечение хронического алкоголизма. — М.: Медгиз, 1960. - 96 с.
51. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - СПб.: Адис, 1994. - 303 с.
52. Модель подготовки специалиста по профилактике наркоманий в системе высшего профессионального образования: Учеб. программы / Под. ред. Л. М. Шипицыной - СПб.: ИСПИП, 2001. - 216 с.
53. Москаленко В. Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. М., 2000. С. 365-405.
54. Моховиков А. Н. Синдром алкогольной эмбриопатии (обзор) // МРЖ. 1983. № 6. С. 1-7.
55. Наркология / Ред. Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Роберте, С. Е. Хайман. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.
56. Наркомания: Метод, рекомендации по преодолению наркозависимости / Под. ред. А. Н. Гаранского. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. - 384 с.
57. Попов Ю. В. Профилактика алкоголизма у подростков с девиантным поведением // Ремиссии при алкоголизме. Л., 1987. С. 115-118.
58. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под. ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого и др. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. - 241 с.
59. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — Л.: Медицина, 1988. — 285 с.
60. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. - 332 с.
61. Пятницкая- И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
62. Рожнов В. Е. Психотерапия алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. М., Медицина, 1983. С. 342-349.
63. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М., 1999. Т. 2. С. 339^128.
64. Романов Д. В., Горпиненко С. В. Личностные механизмы формирования наркотической зависимости // Организация межведомственного взаимодействия по профилактике наркомании, лечению, реабилитации и

- трудоустройстве наркозависимых: Опыт Самар. обл. Самара, 2001. С. 66-68.
65. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. Т. 2. - 784 с.
66. Савченков В. В., Сиволап Ю. П., Калуджерович Л. В. Употребление алкоголя больными опийной наркоманией // Журн. невропатологии и психиатрии. 2000. Т. 100, № 10. С. 30-31.
- 67 Семичев С. Б., Соловьев Л. А. О взаимоотношении алкоголизма и шизофрении // Алкогольные и экзогенно-органические психозы. Л., 1978. С. 64-67
68. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Ранний алкоголизм. — Архангельск: АГМА, 1999. - 306 с.
69. Спрангер Б. Е. Анализ состояния обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире // Вопр. наркологии. 1994. № 1. С. 82-85.
70. Спрангер Б. Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков // Вопр. наркологии. 1993. № 3. С. 48-53.
71. Стрелец Н. В. Клиника и лечение полинаркомании // Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. М., 2000. С. 271-282.
72. Стрельчук И. В. О клинике и дифференциальном лечении в возрастном аспекте женщин, больных хроническим алкоголизмом // Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма. М., 1964. С. 122-125.
73. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М.: Медицина, 1966. — 331 с.
74. Строганов Ю. А., Капанадзе В. Г Медико-психологические аспекты формирования психической зависимости у подростков // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. Л. С. 56-61.
75. Ураков И. Г, Куликов В. В. Хронический алкоголизм. — М.: Медицина, 1977. — 167 с.
76. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.
- 77 Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.
78. Шайдукова Л. К. Супружеский алкоголизм: типы семей и мотивы совместного употребления алкоголя // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 1992. № 4. С. 106-108.
79. Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., Вострокнутов Н. В., Зайцев СБ., Никифоров Б. А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. — М., 2001. — 48 с.
80. Школа без наркотиков: Кн. для педагогов и родителей. — 2-е изд., с изм. и доп. / Под. ред. Л. М. Шипицыной и Е. И. Казаковой. — СПб.: Детство-пресс, 2001. - 176 с.

81. Штакельберг О. Ю. Социально-психологическая реабилитация больных наркоманиями: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб.: СПбМАПО, 1999. - 50 с.
82. Цукерман Г. А., Мастеров Б. М. Психология саморазвития. — М.: Интерфакс. 1995. - 286 с.
83. Чарльстон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопр. наркологии. 1997. № 3. С. 3-73.
84. Эйдемиллер Э. П., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 1999. - 656 с.
85. Benowitz N. L. Cigarette smoking and nicotine addiction // Med. Clin. North Amer. 1992. Vol. 76. R 415-437.
86. Citrenbaum C. M., King M. E., Cohen W I. Modern Clinical Hypnosis for Habit Control. — London: Norton, 1987
87. Cochrane G. J. Hypnotherapy in weight-loss treatment: case illustrations // Amer. Journ. of Clinical Hypnosis. 1987. №30. P 20-27
88. Dalhgren L. Female alcoholics. III. Development and pattern of problem drinking // Acta psychiat. Scand. 1978. V 4. R 325-335.
89. Elliott J. Hypnotherapy for compulsive smokers // Hypnos. 1988. № 15. R 87-92.
90. Ericson M. H. An hypnotic technique for resistant patients: the patient, the technique and its rationale and field experiments // Amer. Journ. of Clinical Hypnosis. 1964. № 7 R 8-32.
91. Goodwin D. W Is Alcoholism Hereditary? - 2d ed. - NY: Baltimore Book. 1988. - 261 p.
92. Jellinek E. The disease concept of alcoholism. — New Heaven: College and Univ. press; NY: Hillhouse press, 1962. — X, 246 p.
93. Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis in psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. — 6th ed. — Baltimore etc.: Williams and Wilkins, 1991. — 903 p.
94. Landry M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substances use disorder// Journ. Psychoact. Drugs. 1987 Vol. 19, №4. R 379-381.
95. Mathias R. Tracking trends in teen drug abuse over years // NIDA Notes. 1999. Vol. 14, № 1. R 8.
96. Miller W Addictive behaviours: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. — Oxford etc.: Pergamon Press, 1984. — 353 p.
97. Plant M. A., Peck D. E., Samuel E. Alcohol, drugs and school leavers. — London: Tavistock, 1985.
98. Preliminary results from (he 1997 national household survey on drug abuse. - Rockville: SAMHSA. 1998. - 130 p.
99. Schoen M. A conceptual framework and treatment strategy for the alcoholic urge to drink utilizing hypnosis // Intern. Journ. of the Addictions. 1985. № 20. R 403-415.

100. Schukit M. A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 3th ed. - NY: Plenum, 1993. - 307 p.

101. Strassman R. Hallucinogenic drugs in psychiatric research and treatment: Perspectives and prospects // Journ. Nerv. Mental Disease. 1995. Vol. 183. №3. P. 127-138.

102. Wood H. R, Duffu E. L. Psychological factors in alcoholic women // Amer. Journ. Psychiatry. 1966. Vol. 123. P. 341-345.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава I. Социально-психологические и медико-биологические факторы развития химической зависимости. Эпидемиология зависимости	5
Социальные факторы	6
Психологические факторы	9
Медико-биологические факторы	10
Эпидемиология алкоголизма и наркомании	12
Глава II. Современные представления о патогенезе хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании	18
Понятие о рецепторе и нейромедиаторных системах мозга	19
Подкрепляющие свойства этанола и наркотиков	22
Эндогенная опиоидная система	23
Устойчивое патологическое состояние как основа поддержания состояния наркотической зависимости	25
Глава III. Алкоголизм: классификация, клиника	28
Бытовое пьянство	29
Мотивации употребления алкоголя „,	31
Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)	31
Классификация хронического алкоголизма	34
Клинические проявления и закономерности течения алкоголизма	36
Механизмы психологической защиты при алкоголизме	41
Методы диагностики и выявления хронического алкоголизма	42
Глава IV. Особенности женского и семейного алкоголизма. Действие алкоголя на плод	46
Алкоголизм у женщин	46

Семейный алкоголизм	50
Внутриутробные последствия злоупотребления алкоголем	53
Глава V. Алкоголизм и другие нервно-психические расстройства	56
Глава VI. Алкогольные психозы	64
Алкогольный делирий	64
Алкогольные галлюцинозы	67
Бредовые психозы.....	69
Энцефалопатии	71
Глава VII. Медицинские последствия злоупотребления алкоголем	74
Поражение пищеварительной системы	74
Заболевания сердечно-сосудистой системы	76
Поражение иммунной системы.....	77
Поражение дыхательной системы	77
Неврологические осложнения.....	78
Поражения половых желез и сексуальные нарушения	78
Глава VIII. Наркомании и токсикомании: терминология.	
Синдромология, классификация	81
Основные понятия.....	81
Синдромология наркоманий	84
Классификация наркомании и токсикомании	91
Глава IX. Клинические формы наркомании и токсикоманий	94
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов	94
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов	98
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных веществ	101
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина.....	106
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин	111
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов	118
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака.....	123

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей	126
Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков	128
Глава X. Особенности химической зависимости у подростков	131
Подростковый возраст как фактор риска развития аддиктивного поведения	132
Аддиктивное поведение	140
Аддиктивное поведение и преморбид	142
Переход аддиктивного поведения в химическую зависимость	144
Клинические и психологические аспекты раннего алкоголизма....	145
Современные особенности подросткового алкоголизма.....	150
Диагностика химической зависимости у подростков.....	154
Глава XI. Социальные последствия химической зависимости.	
Проблема созависимости	157
Что такое созависимость?	162
Глава XII. Лечение химической зависимости	169
Принципы лечения наркологических больных.....	171
Лечение хронического алкоголизма	172
Лечение наркоманий и токсикомании	178
Глава XIII. Психотерапия в наркологии. (И. В. Добряков)	182
Методы психотерапевтического воздействия	184
Глава XIV. Профилактика и реабилитация в наркологии. (Совместно с Л. С. Шпиленей, А. В. Ивановым, С. В. Ивановой)	201
Зарубежный опыт профилактики	204
Профилактика химической зависимости в образовательных учреждениях.....	211
Реабилитация в наркологии.....	224
Приложение I. Программа курса «Возрастная наркология»	230
Приложение 2. Глоссарий наркологических терминов. (Совместно с Л. С. Шпиленей, А. В. Ивановым, С. В. Ивановой)	245
Л и т е р а т у р а	258

Научное издание

**Егоров А.Ю.
Возрастная наркология**

Компьютерная верстка К.Шилов

Художник А.Ю.Никулин

Сдано в набор 1 1.01.2002. Подписано в печать 03.10.2002.
Формат 84х108 /32 Печать офсетная. Объем 9 усл. печ. л. Ти
раж 5000 экз. Закал № **1350**

Институт общегуманитарных исследований

121471, Москва, Можайское ш., д.28

Издательская лицензия ИД № 02443 от 24.07.2000.

Отпечатано с готовых диапозитивов

В типографии ОАО «Молодая Гвардия»,

103030, Москва, Сущевская ул.,21

ООО «Криспин Инк»

ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ

возрастная наркология

А.Ю.Егоров



ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ

А.Ю.Егоров

возрастная наркология

Центральная
Городская
Публичная
Библиотека
им. В.В.Маяковского



300100283870

В учебном пособии д. м. н. профессора А. Ю. Егорова содержатся современные данные о причинах распространенности, механизма возникновения зависимости от алкоголя и наркотических веществ. Автор описывает разные клинические формы химической зависимости, подробно останавливаясь на ее особенностях в молодом возрасте. Значительная часть книги посвящена вопросам коррекции и профилактики алкоголизма и наркоманий, особенно среди детей и подростков.

ISBN 5-89239-053-0



9 785892 390538

ИНСТИТУТ
ОБЩЕГУМАНИТАРНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ



Created by Skychatel